Nr. 34 i 35. 30. sierpnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

O stosunku zmian tłuszczowych mięśnia sercowego do innych narządów miąższowych.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof dr. W. Nowicki.

W pracy mej »*Zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym i ich stosunek do stanów chorobowych*«, (Polska Gaz. lek. Nr. 13, 1923), postawiłam sobie pewne pytania natury ogólnej, dotyczące zwyrodnienia tłuszczowego i jego pochodzenia, a następnie pytania szczegółowe, odnoszące się do zmian tłuszczowych w mięśniu sercowym, a mianowicie:

1. Jakie znaczenie czynnościowe ma zwyrodnienie tłuszczowe dla mięśnia sercowego?
2. Jak często zmiana ta w mięśniu sercowym się pojawia?
3. W jakich chorobach zachodzi zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego?

Wnioski, do których wówczas doszłam na podstawie własnych badań były następujące:

1. Występowanie kuleczek tłuszczu w mięśniu sercowym należy uważać za objaw choroby t. j. za objaw zwyrodnienia jego komórek.
2. Tłuszcz pojawiający się w komórce sercowej, w zwyrodnieniu tłuszczowem, jest tłuszczem w części pochodzenia zewnętrznego, w części powstaje w samej komórce przez uwidocznienie się tłuszczów w komórce istniejących, ale dla badania histologicznego niedostępnych.
3. Jako przyczynę zwyrodnienia tłuszczowego należy uważać działanie drobnoustrojów i ich jadów, jak również trucizn pochodzenia niebakteryjnego, wprowadzonych do ustroju od zewnątrz, albo też powstających w samym ustroju.
4. Małe stopnie zwyrodnienia tłuszczowego mogą być przez serce wyrównane, większe zaś wywołują objawy niedomogi mięśnia sercowego.
5. Zwyrodnienie tłuszczowe obejmuje zwykle równocześnie wszystkie odcinki serca, nawet w przypadkach jednostronnego zajęcia serca, wyjątek w przypadkach rzadkich tworzą mięśnie brodawkowe, jakoteż włókna Hissa, które mogą okazywać pod tym względem pewną samodzielność.

Obecnie zadałam sobie dalsze pytanie, mianowicie, czy zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego może w pewnych przypadkach pojawiać się samoistnie i zajmować pewne odrębne stanowisko pod względem zmian tłuszczowych, czy też występuje zawsze równocześnie ze zmianami tłuszczowemi innych narządów miąższowych, jako objaw pewnych ogólnych zmian ustroju całego.

Chcąc się o tem przekonać zbadałam na tłuszcz w dalszych przeszło 100 przypadkach mięsień sercowy, a równocześnie także i inne narządy miąższowe, przedewszystkiem zaś wątrobę i nerkę.

Nie podaję tutaj ani techniki mych badań, ani też dokładnych protokołów, gdyż postępowałam tutaj zupełnie tak samo, jak w poprzedniej pracy, a ograniczam się tylko do zestawienia wyników tych badań na załączonej tablicy, oraz do krótkiego omówienia stwierdzonych faktów. W podręcznikach anatomji patologicznej podane jest tylko ogólnikowo przy jakich schorzeniach występuje zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych. Jakiegoś zestawienia, któreby nam pokazywało stopień i stosunek tych zmian w poszczególnych narządach nigdzie nie znalazłam.

Materjał cały, bez wyboru pobierany, podzieliłam, jak w pierwszej pracy, na pewne grupy, według przyczyny, przebiegu, lub też umiejscowienia chorób. Kreski lub też krzyżyki oznaczają brak lub obecność zmian tłuszczowych Jeden krzyżyk oznacza zmiany tłuszczowe miernego stopnia dwa krzyżyki zmiany średniego stopnia, trzy zaś zmiany wysokiego stopnia.

Jak z tablicy wynika, odnośnie do mięśnia sercowego, otrzymałam także w tych dalszych 107 przypadkach wyniki, odpowiadające prawie zupełnie wynikom pierwszy raz stwierdzonym. Widać także i tutaj, że zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego pojawia się najwybitniej w chorobach zakaźnych ostrych, przy wadach serca, rozedmie płuc i niedokrwistościach złośliwych, nie pojawia się, chyba tylko w słabym stopniu, przy przewlekłych chorobach zakaźnych i przy chorobach wyniszczających, jak n. p. przy wrzodzie żołądka i przy raku. Co się tyczy zmian tłuszczowych wątroby i nerki, to już przy pobieżnem oglądaniu tablicy zauważa się, że narządy te zachowują się w poszczególnych sprawach chorobowych pod względem stopnia stłuszczenia naogół podobnie, jak mięsień sercowy, i tylko w niektórych schorzeniach stopień zwyrodnienia tłuszczowego w wątrobie i nerkach był większy lub też mniejszy, jak w mięśniu sercowym; od czego to zależy, wykaże badanie poszczególnych przypadków.

W pierwszej grupie schorzeń, w chorobach zakaźnych ostrych, w których zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych jest najwybitniejsze, tam zmiana ta dość równomiernie we wszystkich narządach się pojawiała.

Ten sam stopień zwyrodnienia tłuszczowego, jak w sercu, można było wykazać mniej więcej także i w wątrobie i w nerkach. Możliwe, że w durze powrotnym, który przedewszystkiem badałam u dzieci, wątroba w niektórych przypadkach okazuje większe zwyrodnienie tłuszczowe, aniżeli serce i nerki. Z protokołów odpowiednich przypadków wynika, że u tych właśnie osobników zachodzi przewlekły nieżyt przewodu pokarmowego, dość daleko posunięty; więc najprawdopodobniej do tego należy odnieść ten zwiększony stopień zwyrodnienia tłuszczowego w wątrobie, a zatem do przyczyny dodatkowej, lokalnej.

W chorobach zakaźnych przewlekłych, w gruźlicy i kile uderzał naogół brak zmian tłuszczowych we wszystkich narządach. Tylko w jednym przypadku kiły, w którym nie było zmian tłuszczowych w mięśniu sercowym, zmiany te występywały w dość znacznym stopniu w nerkach i w mniejszym w wątrobie. W przypadku tym mamy do czynienia z ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych i nerek z ogólnem ropnem zapaleniem otrzewnej, tym więc zmianom miejscowym należy przepisywać to wzmożone zwyrodnienie tłuszczowe w nerkach i wątrobie. W przewlekłej gruźlicy zmian tłuszczowych albo wcale nie było, albo były one tylko minimalne.

Co się tyczy chorób mózgowych, naogół zmiany tłuszczowe w narządach były bardzo nieznaczne ale wcale ich nie było, na co zwróciłam już szczególniejszą uwagę w mej poprzedniej pracy, odnośnie do mięśnia sercowego.

Tylko w dwóch przypadkach można było wykazać w wątrobie dość daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe przy braku tych zmian w nerkach i sercu. Są to dwa przypadki nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis epidemica)*, przy którem według pewnych autorów mają występować zmiany zapalne w wątrobie podobnie, jak w mózgu. Zylberlast, Zandowa, stwierdzali stale nacieki zapalne i zwyrodnienie przy doświadczalnem zapaleniu nagminnem mózgu.

W moich dwóch przypadkach stwierdzono również nacieki zapalne w wątrobie obok zwyrodnienia tłuszczowego, zmiany, jakich nie można było wykazać ani w sercu, ani też w nerkach. Możliwem jest, że jady z mózgu dostają się do wątroby i zostają tutaj zatrzymywane, dlatego też ta ostatnia

Grupa chorób	Suma	Choroba	Suma	Narząd	Stopień stłuszczenia +++	++	+	—
Ostre choroby zakaźne	21	Typhus exanth.	3	S.			3	
				W.		1	2	
				N.			3	
		Sepsis	3	S.		1	2	
				W.		2	1	
				N.		1	2	
		Typhus recurrens.	15	S.	2	8	3	2
				W.	5	10		
				N.	2	6	6	1
Przewlekłe choroby zakaźne	8	Tuberculosis	5	S.				5
				W.			2	3
				N.			1	4
		Lues	3	S.				3
				W.			1	2
				N.			2	1
Układ nerwowy środkowy	10	Encephalitis	7	S.			1	6
				W.		2	3	2
				N.			4	3
		Meningitis	3	S.				3
				W.		1		2
				N.				3
Ogólne zaburzenia w krążeniu	12	Vitium cordis	9	S.	5	3	1	
				W.	4	4	1	
				N.	3	3	3	
		Emphys. pulm.	3	S.	2	1		
				W.	1	2		
				N.	1	2		
Zaburzenia w składzie krwi	6	Leukaemia	2	S.		1	1	
				W.			2	
				N.			2	
		Anaemia gravis	4	S.	2	1	1	
				W.	3	1		
				N.	2		2	
Miażdżyca tętnic	5	Miażdżyca tętnic	5	S.		1	4	
				W.		2	3	
				N.	1	3	1	

Grupa chorób	Suma	Choroba	Suma	Narząd	Stopień stłuszczenia +++	++	+	—
Zaburzenia w przewodzie pokarmowym	12	Enteritis chr.	9	S.			2	7
				W.		4	4	1
				N.			6	3
		Ulcus ventriculi	3	S.				3
				W.			1	2
				N.			1	2
Ostre sprawy zapalne	10	Peritonitis	3	S.			2	1
				W.		1	2	
				N.			1	2
		Pneumonia	5	S.			4	1
				W.			3	2
				N.			2	3
		Pleuritis	2	S.			1	1
				W.			1	1
				N.			1	1
Zaburzenia w przemianie materji	2	Diabetes	2	S			2	
				W.	1	1		
				N.	1	1		
Samozatrucia	4	Icterus	4	S.			1	2
				W.			4	
				N.			4	
Nowotwory złośliwe	7	Carcinoma	5	S.		1	1	3
				W.		1	1	3
				N.			1	4
		Sarcoma	2	S.		1		1
				W.		1	1	
				N.			1	1
Varia	10	Cirrhosis hep.	3	S.				3
				W.			3	
				N.				3
		Pemphigus	2	S.			2	
				W.			2	
				N.			2	
		Skazanych	5	S.				5
				W.			2	
				N.				5

mogła ulec stanowi zapalnemu i zwyrodnieniu tłuszczowemu przy braku zmian ogólnych, tłuszczowych.

Przy wadach serca i rozedmie płuc, połączonej najczęściej z wadą serca, w których to schorzeniach zachodzi ogólne przekrwienie żylne, stopień zwyrodnienia tłuszczowego wszystkich narządów był znaczny i dość równomiernie w narządach tych występował. To samo można powiedzieć i o niedokrwistościach złośliwych.

W następnej grupie chorób, w miażdżycy tętnic zmiany tłuszczowe były nieznaczne we wszystkich narządach, lub zupełnie ich nie było. W tych tylko przypadkach stwierdzono zmiany tłuszczowe, gdzie równocześnie wykazano rozedmę płuc z przerostem serca prawego i zastoiną; raz szczególnie w nerkach można było stwierdzić daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe, lecz był to przypadek zapalenia nerek.

W schorzeniach przewlekłych przewodu pokarmowego, jak przy wrzodach żołądka i dwunastnicy i przy zaniku błony śluzowej jelit i kiszek u małych dzieci, tłuszczu naogół nie można było wykazać, względnie tylko mało, szczególnie w mięśniu sercowym i nerkach. Natomiast w wątrobie występował on nieraz przy chorobach jelit, szczególnie u dzieci, nawet w dość znacznym stopniu. Niewątpliwie należy to odnieść do pewnych ciał trujących, które z jelit dostają się do wątroby i ją uszkadzają.

W ostrych zapaleniach błon surowiczych, jakoteż w zapaleniu płuc, przy których to sprawach prawie stale wykazać można było zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym, choć nieznacznego stopnia, i w innych narządach, w wątrobie i nerce, zmiany podobnie się przedstawiały.

Przy ciężkich żółtaczkach zmiany tłuszczowe znowu dość równomiernie rozmieszczone były we wszystkich narządach.

Nowotwory złośliwe okazywały naogół brak zmian tłuszczowych w zakresie narządów miąższowych, tylko 2 razy, raz w przypadku raka, a raz mięsaka stwierdziłam dość znaczne zwyrodnienie tłuszczowe tak mięśnia sercowego, jako też wątroby i nerek są to jednak przypadki, gdzie obok raka stwierdzono wadę serca, 2-gi przypadek mięsaka zmarł wskutek zatrucia karbolowego.

Co się tyczy grupy ostatniej, oznaczonej jako »*Varia*«, w której tylko poszczególne przypadki są wymienione, to u trzech osobników z marskością wątroby zmiany tłuszczowe dotyczyły tylko samej wątroby, co ze względu na sprawę toczącą się w wątrobie łatwo można wytłumaczyć. Dwa przypadki pęcherzycy okazywały ogólne zmiany tłuszczowe. Bardzo ważnych dla nas jest pięć przypadków rozstrzelanych skazańców, dotyczących ludzi młodych i zdrowych, u których ani w sercu, ani też w wątrobie i nerkach zmian tłuszczowych nie było.

Jak więc widzimy, z naszego zestawienia wynika, że zmiany tłuszczowe, zachodzące w narządach miąższowych w rozmaitych ogólnych schorzeniach ustroju, naogół dość równomiernie się przedstawiają we wszystkich narządach miąższowych, że zatem serce nie zajmuje przy żadnej z badanych chorób odrębnego stanowiska pod względem zwyrodnienia tłuszczowego. Ani w jednym z badanych przypadków nie były zmiany tłuszczowe w sercu większe, jak w innych narządach, albo wyłącznie tylko tutaj występowały. Jeżeliśmy stwierdzili jakieś różnice, co do stopnia zwyrodnienia tłuszczowego w poszczególnych narządach, to dotyczyły one głównie wątroby, w mniejszym stopniu i nerek. W wątrobie zmiany tłuszczowe nieraz wybitnie były większe, niż w sercu i nerkach; lecz w tych przypadkach, jak to widzieliśmy przy durze powrotnym u dzieci, przy przewlekłych nieżytach jelit, przy nagminnem zapaleniu mózgu i przy marskości wątroby, występowanie zmian tych można wytłumaczyć sprawami miejscowemi w samej wątrobie się toczącemi. Co się tyczy nerek, to jedynie przy zapaleniach nerek zmiany tłuszczowe jedynie w tym narządzie występowały.

Z tego wynika, że te same czynniki szkodliwe, które wywołują zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym, działają w ten sam sposób i na inne narządy miąższowe.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, Lwów.
asystent kliniki.

Modyfikacja plastyki odstających uszu*).

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary S c h r a m m.

Małżowina uszna, stanowiącą zbiornik fal głosowych, które przewodzi w dalszym ciągu w kierunku ucha środkowego, zadanie swe pod tym względem spełnia w bardzo skromnych rozmiarach a to z powodu małej elastyczności chrząstki, nieznacznego kąta nachylenia w stosunku do czaszki i szczupłego rozwoju odnośnych mięśni. O wiele częściej zato czyto z powodu pewnych nieprawidłowości rozwojowych, jak nadmiernej wielkości, odmiennego kształtu i sposobu przyczepu do czaszki lub z powodu zniekształceń pourazowych może się stać przedmiotem zabiegu operacyjnego. Normalnie już kształt małżowiny usznej podlega bardzo znacznym wahaniom, niektóre jednak jej typy mogą – według T r ö l t s c h a — zaliczać się do cech narodowych, względnie rasowych.

Zniekształcona małżowina uszna, jako składowa część ogólnej sylwetki twarzy, stanowi zdaniem P a y r'a bardzo ważne, już chociażby ze względów społecznych, (niemiły wygląd, naśmiewanie się) wskazanie do wykonania zabiegu kosmetycznego. Zabiegi te szły dotychczas w dwu kierunkach a mianowicie w kierunku zmniejszania małżowiny w małej ilości przypadków, po największej zaś części w kierunku zbliżenia odstających uszu. Odstawanie uszu czyli *otapostasis*, jak je nazywa J o s e p h, spotykamy bardzo często przy zupełnie prawidłowej ich budowie i stan ten zdaniem tegoż autora należałoby zaliczyć do pewnych wrodzonych odchyleń rozwojowych. Sam rozwój i sposób zachowania się chrząstki, stanowiącej zrąb kształtu małżowiny usznej a zbudowanej według pewnych praw matematycznych (R o h r e r), ma tutaj naturalnie też coś do powiedzenia.

Ojczyzną plastyki małżowiny usznej była Ameryka. Pierwszy wykonał plastykę odstających uszu Amerykanin E l y w roku 1881, za nim idą R o o s a (1889), K e e n (1890) a po nich cały szereg autorów przeważnie niemieckich. Naogół jednak ilość tych plastyk była bardzo szczupłą w porównaniu ze stosunkowo często spotykaną wadą tego rodzaju, małem niebezpieczeństwem zabiegu i w porównaniu z przeważnie dobrym wynikiem kosmetycznym. Wiemy dziś, że leczenie odstających uszu sposobami ortopedycznemi nie prowadzi do celu. Dlatego też oddawna poczęto stosować leczenie operacyjne, polegające na wycięciu odpowiedniej wielkości i kształtu płata skórnego z wewnętrznej powierzchni małżowiny i przylegającej partji czaszki (K ö n i g, T r e n d e l e n b u r g, P a y r, J o s e p h). Samo jednak wycięcie skóry może dawać nawroty już po $1/2$—1 roku skutkiem elastyczności chrząstki (P a y r), dlatego też przy bardziej odstających uszach należało wraz z wycięciem skóry stosować i resekcję chrząstki. W tym też kierunku zostały skierowane pierwsze plastyki wybitnie odstających uszu (K e e n, E l y, R o o s a). G e r s u n y, po wykonaniu płata skórnego, wycinał wąskie pasemka chrząstki w podłużnej a w razie potrzeby i w poprzecznej osi małżowiny przyszywając chrząstkę jedwabnemi szwami do przylegającej części sutkowej kości skroniowej. P a y r po wycięciu szerokiego rombu skórnego z małżowiny, jakoteż sąsiedniej partji czaszki i stworzeniu w ten sposób szerokiej powierzchni zrostu, zbliżał zmniejszoną małżowinę, do głowy przez przeprowadzenie paska chrząstki popod klamrę wytworzoną z okostnej części sutkowej. M o r e s t i n prócz resekcji chrząstki stosował jeszcze jej fałdowanie (plissement).

Zaznaczyć należy, że plastykę uszu wykonano prawie wyłącznie tylko u mężczyzn, co można tłumaczyć tem u tych, że przedewszystkiem anomalje tego rodzaju rzucają się wyraźniej w oczy.

*) Na podstawie referatu wygłoszonego w sekcji chirurgicznej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie i na podstawie pokazów w Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem.

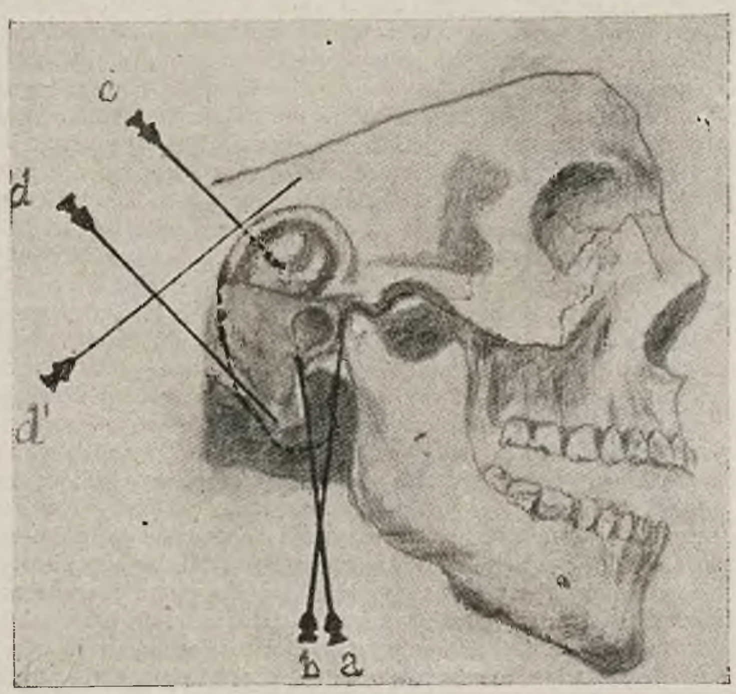
Pozwolę sobie teraz przejść do pewnej modyfikacji plastyki odstających uszu, stosowanej przez nas.

Przed wykonaniem zabiegu należy dokładnie obejrzeć, czy wielkość, sposób i wysokość osadzenia jakoteż rysunek obu małżowin są jednakowe. Następnie po wygoleniu odnośnej partji poza uchem przystępujemy do znieczulania. Jak wiadomo małżowina uszna jest unerwiona przez *n. auricularis magnus* od tyłu i od dołu, w zakresie przedniej powierzchni przez *n. auriculotemporalis (nn. auriculares anteriores)* i częściowo przez *n. vagus (r. auricularis)* jakoteż może przez *n. occipitalis minor*.

Otóż po wykonaniu bąbla skórnego tuż popod płatkiem usznym, należy sposobem Gompertza czy Eickena, wprowadzić igłę skośnie ku górze, ku tyłowi i wgłąb w kierunku do *fissura tympano mastoidea (r. auricularis n. vagi* a bardziej powierzchownie gałązki *n. auricularis magnus)*, na pogranicze części kostnej i chrzęstnej przewodu usznego i po drodze wstrzyknąć 3 cm sz. 2% roztworu nowokainy, poczem po cofnięciu igły i obrocie jej o 40—50 stopni ku przodowi, wymacując przy otwartych ustach tylno-górny brzeg gałęzi szczęki dolnej wprowadzić igłę ku górze, ku przodowi i w głąb mniej więcej w kierunku *fissura petrotympanica (n. auriculotemporalis)*, i wstrzyknąć taką samą ilość nowokainy. Następnie po wbiciu igły na przyśrodkowej powierzchni małżowiny na wysokości *fossa anthelicis* i po przeprowadzeniu jej przez chrząstkę napajamy 1% roztworem nowokainy (3—4 cm sz.) zewnętrzną powierzchnię chrząstki, co z jednej strony wspomaga znieczulenie, z drugiej zaś strony ułatwia oddzielanie chrząstki od skóry małżowiny, które ze sobą są ściśle zespolone, na co zresztą zwrócił już uwagę Biesenberger.

Potem z jednego wkłucia, poza uchem znieczulamy podskórnie i naokostnowo całą część czaszki sąsiadującą z małżowiną (do 10 ccm 1% nowokainy). Ryc. 1.

Tego rodzaju znieczulenie pozwala nam przeprowadzić cały zabieg zupełnie bezboleśnie.



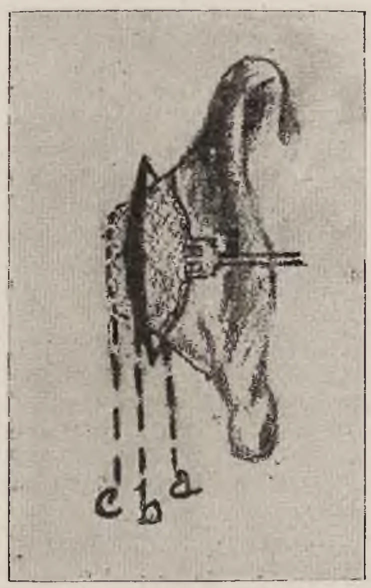
Rycina 1.

Wzór znieczulania przewodowego małżowiny.

a) zblokowanie *n. auricularis magnus i ramus auricul. n. vagi*. *b*) zblokowanie *n. auriculotemporalis*. *c*) wprowadzenie nowokainy między zewn. powierzchnię chrząstki a skórę małżowiny. *d* i *d'*) podskórne i naokostnowe znieczulenie wyrostka sutkowego.

Sposób wykonania zabiegu jest następujący:

Z cięcia biegnącego w załamku między małżowiną a czaszką, po rozciągnięciu brzegów rany przecinamy *ligam. auricul. post.*, poczem na zewnątrz od chrzęstnej części przewodu usznego zewnętrznego (*cartilago meatus audit. ext.)* nacinamy chrząstkę i po odpreparowaniu jej wycinamy podłużny, owalny pasek z części odpowiadającej *eminentia conchae*. Po odciągnięciu skóry i przedostaniu się do okostnej części sutkowej, na wolnej przestrzeni między mięśniem skroniowym a potylicznym nacinamy okostną, która w tem miejscu jest dość grubą i ściśle zrośniętą z kością, poczem po podminowaniu przy pomocy raspatorjum obu brzegów rany okostnowej wszywamy jakby w kieszonkę zewnętrzny wolny przekrój chrząstki małżowiny przy pomocy dwu grubych szwów strunowych w kształcie litery U. Ryc. 2 i 3.

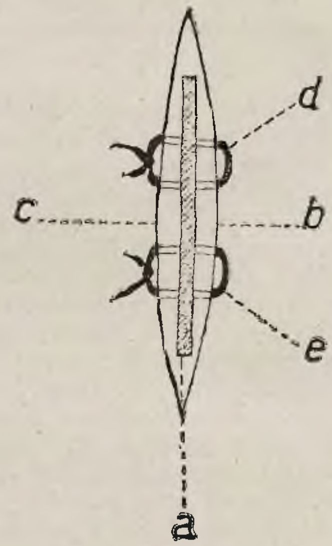


Rycina 2.

Szematyzowany sposób wszywania chrząstki w kieszonkę okostnową.

a) brzeg cięcia skórnego na małżowinie. *b*) tylny brzeg kieszonki okostnowej. *c*) brzeg wszytej chrząstki.

Założenie tego rodzaju szwów w tych warunkach napotyka na pewne trudności dlatego najlepiej jest oba szwy przeprowadzić wpierw przez przedni brzeg kieszonki okostnowej a dopiero następnie przez chrząstkę i drugi brzeg okostnej i wówczas je związać.



Rycina 3.

Szemat przekroju przedniotylnego po wszyciu chrząstki w kieszonkę okostnową.

a) chrząstka, *b*) przedni — *c*) tylny brzeg kieszonki okostnowej, *d* i *e*) szwy w kształcie litery U.

Tym sposobem utrzymujemy normalny stosunek wymiaru poprzecznego małżowiny do jej wymiaru podłużnego,

który przy innych plastykach odstających uszu ulega zmianie a mianowicie ucho pozornie wydłuża się, z drugiej zaś strony zachowujemy prawidłowy rysunek w zakresie *concha auriculae* jak to wynika z ryc. 4. przedstawiającej ucho po wykonanej plastyce.



Rycina 4.
Zdjęcie boczne ucha po plastyce.

Następnie przechodzimy do zamknięcia rany skórnej. Zarówno z przyśrodkowej powierzchni małżowiny jak i przylegającej części czaszki wycinamy eliptyczne, szerokie płaty skórne i zakładamy węzełkowe szwy strunowe, biegnące promienisto, umieszczając ucho w nieznacznej suspenzji, przez co wybitniej zbliżamy małżowinę do czaszki.

Wskutek oparcia chrząstki małżowiny o kość i dwie blaszki okostnej, następnie wskutek wytworzenia szerokiej płaszczyzny zrostu między małżowiną a przylegającą czaszką a wreszcie z powodu nieznacznego uniesienia ucha ku górze uzyskujemy doskonałe warunki dla przystawania uszu i zapobiegamy w ten sposób ewentualnym nawrotom. Blizna skórna, przebiegająca w nowo wytworzonym załamku jest zupełnie niewidoczna.

Samo wycięcie skóry, stosowane dotychczas przez niektórych autorów, przy najmniejszej nawet nieprawidłowości chrząstki, którą prawie z reguły spotykamy przy odstających uszach, wobec obfitej ilości elementów elastycznych znajdujących się nie tylko w chrząstce i ochrzęstnej ale nawet i w tkance podskórnej, dzięki którym właśnie skóra zwłaszcza na zewnętrznej powierzchni tak ściśle przylega do ochrzęstnej, zdaniem naszem do zamierzonego celu nie prowadzi, bo prócz nawrotów powoduje mocne wypuklenie *anthelix*, nieprawidłowości w zakresie *concha auriculae* i wydłużenie *sulcus auriculae posterior*, jak to widzimy na ryc. 5, gdzie zbliżając ucho do czaszki naśladujemy stan, jakibyśmy mieli po wycięciu jedynie skóry.



Rycina 5·

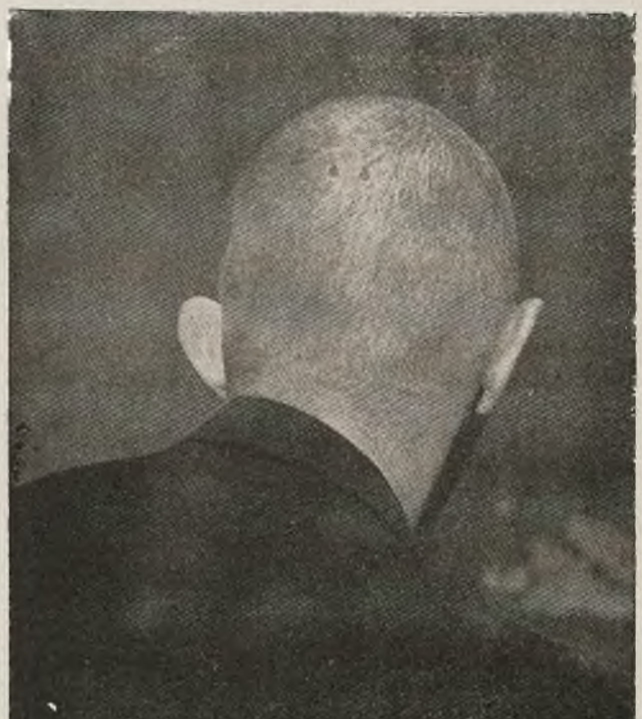
W czasie zabiegu spotykamy się z obfitem krwawieniem miąższowem z powodu obfitego unaczynienia małżowiny przez gałązki głównie *a. auricularis post.* Krwawienie to należy starannie opanować ze względu na ewentualne związane z niem następstwa i powikłania. Opatrunek nakładamy lekko uciskowy. Przy prawidłowym przebiegu rana mniej więcej po dziesięciu dniach jest już zagojona.

Zabieg sam można wykonywać ambulatoryjnie, jednak dwuokresowo. Między operacją jednego a drugiego ucha należy przeczekać dwa do trzech tygodni, gdyż w tym czasie operowana małżowina ustala się w pozycji, w której i nadal się utrzymuje, wobec czego możemy wówczas dokładniej uzgodnić operację ucha drugiego z operacją pierwszą.

Obrzęk i zasinienie małżowiny utrzymuje się 10 do 12 dni jak również i obniżenie czucia. Po dwu tygodniach wraca stopniowo normalna barwa a po 3—4 tygodniach wygląd całej małżowiny jest prawidłowy. Czucie wyrównuje się po dwu miesiącach.

Co się tyczy skuteczności i trwałości wyników operacyjnych przy różnych metodach, to przy starannem wykonaniu zabiegu są one dobre, jak to podają niektórzy autorowie.

Z powikłań, które możemy tu spotkać, należy wymienić ropienie, które jest groźne przedewszystkiem ze względu na chrząstkę, decydującą o kształcie małżowiny. W wypadkach ropienia stosował J o s e p h z pomyślnym wynikiem jednorazowo 20% roztwór lapisu.



Rycina 6.
Prawe ucho po wykonanej plastyce, lewe nieoperowane.

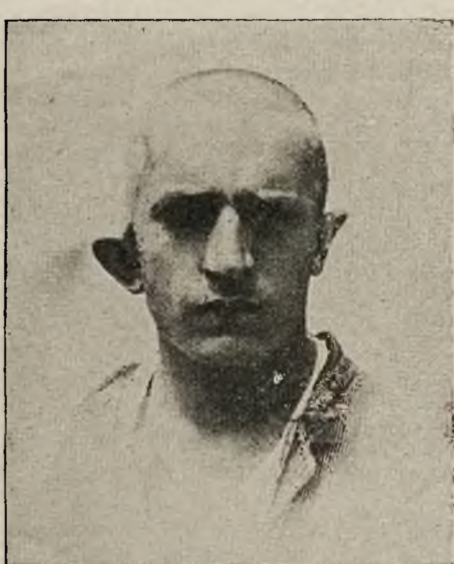
Interesującem i ciekawem w naszej modyfikacji będzie zachowanie się chrząstki, ochrzęstnej i okostnej, które w tym wypadku pozostają ze sobą w ścisłej łączności. Należałoby również zwrócić uwagę na dalsze losy wolnego przekroju chrząstki, wszczepionej między dwie blaszki okostnej i przylegającej bezpośrednio do kości. Możnaby obawiać się ewentualnie powstania w miejscu operowanem skostnienia, zwłasz-

cza iż zarówno okostna jak chrząstka i ochrzęstna posiadają w odpowiednich warunkach pewnego rodzaju tendencję w kierunku metaplazji, czy też jak chce Aschoff neoplazji na tkankę kostną. Wypadki skostnienia małżowiny usznej są znane i opisane (Wassmund). Spodziewać się jednak należy, jak to można wnosić z szczegółowych badań Lexer'a i jego uczniów, że cała część, w obrębie rany operacyjnej złożona z trzech wyżej wymienionych elementów, wygaja się wytwarzając zbitą bliznę łączno-tkankową. I rzeczywiście przedsięwzięte po kilku miesiącach badania roentgenowskie potwierdzają zapatrywania, jakie wypowiada Lexer i jego szkoła, zarys bowiem czaszki odgranicza się wyraźnie od reszty otoczenia w miejscu operowanem.

* * *

W związku aczkolwiek luźnym z omawianą wyżej kwestją pozostaje niecodzienny przypadek odstawania uszu, który ze względu na jakość, miejsce i sposób usadowienia się sprawy chorobowej jak również ze względu na znaczne zniekształcenie jednostronne, jako następstwa tej sprawy, zasługuje na specjalne wyróżnienie, pod względem zaś klinicznym z powodu przedewszystkiem dobrego wyniku operacyjnego, przedstawia się nadzwyczaj interesująco (Ryc. 7, 8, 9, 10). Ten typ i rodzaj zniekształcenia małżowiny usznej, jako swego rodzaju unikat, zasługuje w całej pełni na opisanie przypadku.

Odnośne dane protokołu klinicznego przedstawiają się następująco:



Rycina 7.
Zdjęcie z przodu przed plastyką.

W. O. lat 19, z zawodu elektromonter. W pierwszym roku życia wypadł siostrze z rąk, uderzając się o kamień w prawą okolicę skroniową. W związku z tym wypadkiem — jak podaje — powstało obrzmienie tejże okolicy, które się stale powiększało, wobec czego w 7 roku życia poddał się zabiegowi operacyjnemu, którego śladem jest blizna. O ile było można ustalić zabieg polegał na wycięciu szerokiego płata skórnego z powodu klinicznego rozpoznania chłoniaka (*lymphangioma*). Przed pięciu laty chory spostrzegł, niezależnie od zmian na skórze czaszki, w załamku ucha zgrubienie, które powiększając się doprowadziło do obecnego zniekształcenia. W ostatnim czasie nie zauważył posuwania się sprawy chorobowej a ucho utrzymuje się stale w jednakowem położeniu.

Stan obecny: Na skórze stosunkowo obfite plamy barwikowe. W okolicy skroniowej prawej widoczna blizna pooperacyjna długości 15 cm, biegnąca skośnie w kierunku do *protuber. occipit. ext.* U górnego jej końca stwierdzamy drugą bliznę, o niewyraźnych brzegach, wielkości 50-groszówki, niezrośniętą z podstawą (jako ślad uderzenia o kamień). Skóra w sąsiedztwie blizn badaniem przez oglądanie przedstawia się niezmieniona. Obmacywaniem stwierdza się ciastowaty obrzęk w obrębie całej okolicy skron. praw. Skóra łatwo daje się ująć w grube fałdy, w stosunku do podstawy jest wyraźnie przesuwalna. Klinicznie cała ta partja imponuje jako *lymphangioma*. W załamku ucha w górnej jego części widzimy wałowate zgrubienie skóry, biegnące poziomo, silnie pigmentowane, na ucisk tkliwe. Małżowina uszna prawa wyraźnie odstająca i obniżona w porównaniu z małżowiną lewą. Odległość górnego brzegu małżowiny prawej od wyrostka sutkowego wynosi 6 cm, lewej 3 cm, na tej samej wysokości. Sam rysunek ucha prawego nieco zniekształcony a mianowicie *crura athelicis* wyraźnie zgrubiałe, ciastowato obrzękłe.



Rycina 8.
Zdjęcie z tyłu przed plastyką.

Obmacywaniem stwierdzamy dalej, że część chrzęstna małżowiny nie pozostaje w łączności z kością czaszki a ubytek między chrząstką a czaszką jest wypełniony utkaniem o ciastowatym charakterze. *Ligam. auric. post.* również wyczuć nie można.

Po przygotowaniu chorego przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Znieczulono, według załączonego na początku wzoru a z cięcia biegnącego w dawnym załamku odsłonięto chrząstkę, poczem po usunięciu całej partji chorobowo zmienionej na wewnętrznej powierzchni małżowiny, jakoteż po wycięciu szerokiego pasa skórnego z czaszki w obrębie ciastowatego obrzęku, przyszyto chrząstkę węzełkowemi szwami strunowemi do okostnej wyrostka sutkowego, dostosowując wysokość i ułożenie małżowiny operowanej do zdrowej. Następnie takiemiż szwami zeszyto skórę i nałożono jałowy opatrunek, lekko uciskowy. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, po 5 dniach zmiana opatrunku, po 10 dniach rana operacyjna wygojona.



Rycina 9.
Zdjęcie z przodu po plastyce.

Celem badania drobnowidowego wykonano skrawki parafinowe z uzyskanego operacyjnie materjału. Barwiono je zwykłemi sposobami i metodą van Giesona.

Badanie drobnowidowe: (Dr. Schusterówna — Zakład anatomji patologicznej U. J. K.) wykazuje: W badanych preparatach stwierdzamy bardzo obfitą tkankę łączną, częściowo

zbitą i skąpo unaczynioną, częściowo luźniejszą. W tkance tej widać miejscami nieco tkanki tłuszczowej, gdzieniegdzie wylewy krwawe, następnie dość grube pnie nerwowe i dobrze rozwinięte gruczoły łojowe a na powierzchni nabłonek wielowarstwowy płaski.

Pozatem stwierdza się w tej tkance łącznej rozmaitej wielkości guzki, dość ostro odcinające się od otoczenia. Co się tyczy budowy histologicznej samych guzków, to na pierwszy rzut oka przypominają one mięśniaki, częściowo włókniaki. Układają się one najczęściej w pasma, niekiedy, szczególnie w środkowych częściach guzka, wyraźnie faliste. W większych guzkach pasmowata budowa cokolwiek się zaciera. Jąder naogół tkanka ta posiada dużo, są one przeważnie wydłużone, w środkowych częściach guzka częściej owalne i pęcherzykowate, niekiedy z wyraźną strukturą chromatyny i dobrze widocznem jąderkiem. Jądra wydłużone, podobne do jąder mięśni gładkich, na przekrojach poprzecznych są okrągłe, inne, mianowicie pęcherzykowate, większe i jaśniejsze są na przekrojach poprzecznych niezupełnie równe.

Prócz komórek opisanych spotykamy często na obwodzie guzka nieliczne bardzo cienkie i ciemno barwiące się jądra, niewątpliwie łączno-tkankowe oraz liczne komórki limfoidalne. W niektórych guzkach są miejsca o utkaniu mniej obfitem, istotą między-komórkową siateczkowatą i komórkami rozmieszczonemi nieprawidłowo, posiadającemi jądra mniej więcej okrągłe. Wogóle cały guzek barwi się metodą van Giesona na żółto, obwodowe jedynie części przybierają odcień czerwony. W guzkach znajduje się niewiele naczyń krwionośnych włosowatych.

Na podstawie więc dokładniejszego badania wnioskujemy z kształtu, przebiegu jąder, jakoteż ze sposobu barwienia się guzków, że mamy tu do czynienia niewątpliwie z typowem utkaniem nerwiaka (*neurofibroma)* o charakterze dobrotliwym. Z powodu pewnych obrazów histologicznych na włókna osiowe już nie badano.



Rycina 10.
Zdjęcie z tyłu po plastyce.

Jak wiadomo sprawy nowotworowe małżowiny usznej wogóle należą do rzadkości. I tak opisywano torbiele powstałe skutkiem degeneracji włókienkowej chrząstki, dalej torbiele skórzaste, tłuszczaki, włókniaki, keloidy i naczyniaki, ze złośliwych nabłoniaki i mięsaki o rozmaitych postaciach i kombinacjach. Miejscem ich usadowienia się bywa zazwyczaj zewnętrzna powierzchnia małżowiny.

Neurofibroma, obserwowane w naszym przypadku, z powodu swego utkania histologicznego, lokalizacji i następstw, stanowi ważny przyczynek do patologji ucha. Nie wdając się bliżej w etjologję tych spraw, etjologję o sprzecznych częstokroć zapatrywaniach, stwierdzić należy zgodnie z innymi, że nowotwory tego rodzaju pozostają w bezpośrednim związku z odnośnemi nerwami. Ewentualny związek tej sprawy ze zlokalizowaną czy też poronną formą choroby Recklinghausen'a — może także być brany w rachubę.

Piśmiennictwo.

1) Astier et Aschkinasi: La chirurgie de l'oreille. Paris 1900. — 2) Begouin, Bourgeois, Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, Proust, Tixier: Precis de pathologie chirurgic. 1924 t. 2. — 3) Bergmann, Bruns: Mikulicz-Handbuch der praktischen Chirurgie 1903. — 4) Bezold: Lehrsb. d. Ohrenheilk. Wiesbaden 1906. — 5) Bier, Braun, Kümmel: Chirurgische Operationslehre 1922 t. 1. — 6) Biesenberger: Zbl. f. Ch. 1924. Nr. 21. — 7) Braun: Örtliche Betäubung 1919. — 8) Brühl: Ohrenheilkunde 1905. — 9) Duplay, Reclus: Traité de Chirurgie 1891 t. 4. — 10) Eitner: Mediz. Klinik 1922. Nr. 35. — 11) Garre, Küttner, Lexer: Handbuch der praktisch. Chirurgie 1921. t. 1. — 12) Gradenigo: Arch. f Ohrenheilkunde 1891. t. 32 i 1802 t. 33. — 13) Hardegger: Faltungsgesetz der Ohrmuschel Inaug. Dissert. Zürich 1900 (ref. w Arch. f. Ohrenheilkunde 1900 t. 50). — 14) Haecker: Zbl. f. Chirurgie. 1923 Nr. 46/47 (ref.). — 15) Hofer i Leidler: Mediz. Klinik 1923. Nr. 3 (ref) — 16) Joseph: Berlin. Klin. Wochenschrift 1898. Nr. 6. — 17) Katz i Blumenfeld: Handbuch der spez. Chirurgie des Ohres u. der oberen Luftwege 1922 t. 1. 1 i 2 część. — 18) König: Lehrbuch der spez. Chirurgie 1904 t. 1. — 19) Lexer: Archiv. f. klin. Chir. 1910 t. 92. — 20) Lexer: Wiederherstellungschirurgie 1920. — 21) Lexer: Die freien Transplantationen 1924. 2 część — 22) Payr: Arch. f. klin. Chirurgie 1905. t. 78. 23) Rohrer: Arch. f. Ohrenheilkunde 1901 t. 51 (ref.). — 24) Schmieden: Berlin. Klin. Wochenschrift 1908. Nr. 31. — 25) Stankiewicz: Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar. Rhinol. 1900 str. 808. — 26) Stetter: Arch. f. Ohrenheilkunde 1884 t. 21 i 1895 t. 39. — 27) Tröltsch:: Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1877. — 28) Wassmund: D. med. Wochenschrift 1899. Nr. 27. — 29) Wotzilka: Monatsschr. f. Ohrenheik. u. Laryngo-Rhinol. 1918 str. 588. — 30) Żebrowski: Zarys otjatrji Warszawa 1921.

Dr. Tadeusz FALKIEWICZ, asystent kliniki. Lwów.

O wartości prognostycznej odczynu ze złotem koloidowem w przypadkach zapalenia opon mózgowych.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. H. Halban.

O ile odczyny koloidowe, a zwłaszcza ze złotem koloidowem, przyczyniły się bardzo do rozwoju diagnostyki schorzeń systemu centralnego nerwowego, o tyle w wysnuwaniu wniosków prognostycznych, co do przebiegu choroby z wyniku odczynów płynowych musimy być wciąż jeszcze bardzo ostrożni.

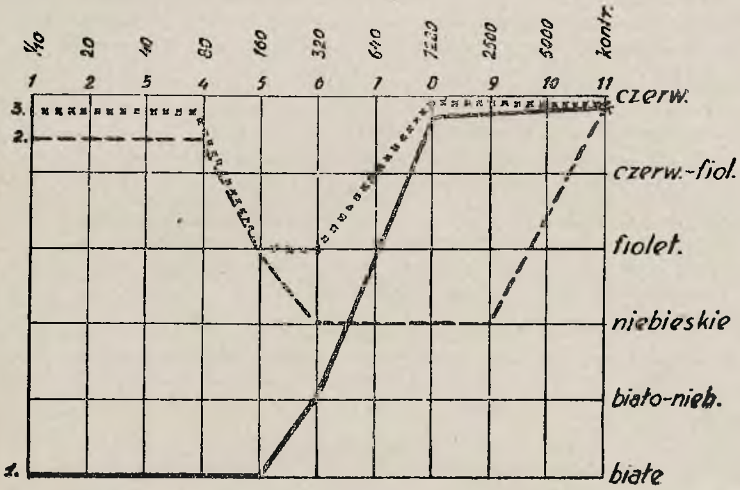
W pierwszym rzędzie odnosi się to do płynów kiłowych; lepiej już przedstawia się wysnuwanie wniosków prognostycznych, o ile chodzi o płyny przy ostrych stanach zapalnych opon, pochodzenia nieswoistego, tutaj bowiem, dość często, zmiana jakości*) lub ilości ropnych ciałek, białka lub przesunięcie krzywej odczynu ze złotem koloidowem *(»Goldsol«)* świadczą o poprawie lub pogorszeniu sprawy zapalnej.

Poniżej omawiamy przypadki zapalenia opon mózgowych, gdzie dzięki kilkakrotnym nakłuciom lędźwiowym udało się nam wykazać w płynie charakterystyczny ząb w krzywej odczynu ze złotem koloidowem, który wystąpił we wszystkich przypadkach na krótki czas przed zejściem śmiertelnem chorych. Ząb ten świadczyłby więc zdaniem naszem o takiem pogorszeniu przepuszczalności opon mózgowych, które już nie jest zdolne do poprawy i prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Dla wszystkich spraw zapalnych, toczących się na oponach, typowem jest odbarwienie złota koloidowego w prawej połowie probówek, a więc w strefie rozcieńczeń płynu coraz to mniejszych. Najczęściej to »przesunięcie w prawo« zaczyna się od rozcieńczenia płynu 1|160, czasem znajdujemy już przy 1/80 lub dopiero przy 1/320, i sięga zależnie od nasilenia procesu mniej lub więcej daleko na prawo (rycina I. krzywa 2, 3); jest ono według Langego następstwem wzmożenia ilości białka płynu i to na korzyść albumin, tak, że stosunek globulin do albumin (*Eiweissquotient* Langego), który w płynach normalnych i kiłowych wynosi 1:1, jest w procesach zapalnych (wysiękowo-przesiękowych) 1:1 aż do

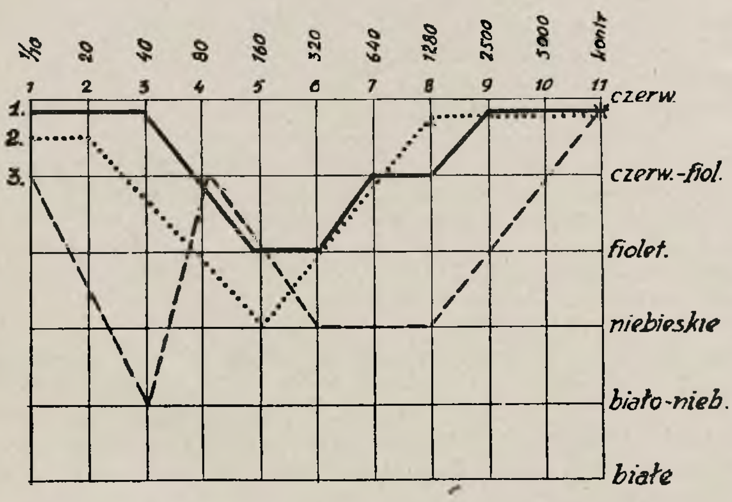
*) H. Mygind. (Die otogene Meningitis Zeitschr. f. Ohrenheilkunde Bd 72 1915) zauważył w bardzo wielu przypadkach zapalenia opon, pochodzenia usznego, że daleko gorsze rokowanie daje płyn zawierający same tylko ciałka wielojądrzaste, aniżeli taki płyn, który zawiera albo same ciałka jednojądrzaste, lub też naprzemian (przy kilkakrotnych nakłuciach) jedno- i wielojądrzaste.

1:10. Wprost przeciwną do tej krzywej, t. zw. surowiczej, jest krzywa »kiłowa«, gdzie maksimum odbarwienia przypada w lewej połowie probówek (ryc. I), a więc już od rozcieńczenia pierwszego 1:10 począwszy, jak przy porażeniu postępującem, lub najczęściej w rozcieńczeniu 1:20—1:80. Krzywa kiłowa przychodzi do skutku według Langego skutkiem wzmożenia ilości białka bez przesunięcia stosunku globulin do albumin na korzyść tych ostatnich.



Ryc. I.

Otóż w poniżej przedstawionych przypadkach uzyskaliśmy z płynami pobranemi na krótko przed śmiercią krzywe, które były tem charakterystyczne, że obok odbarwienia w strefie surowiczej wystąpiło odbarwienie, w formie zęba, w lewej połowie probówek, oddzielone od krzywej surowiczej jedną nieodbarwioną względnie bardzo słabo odbarwioną probówką (ryc. II).

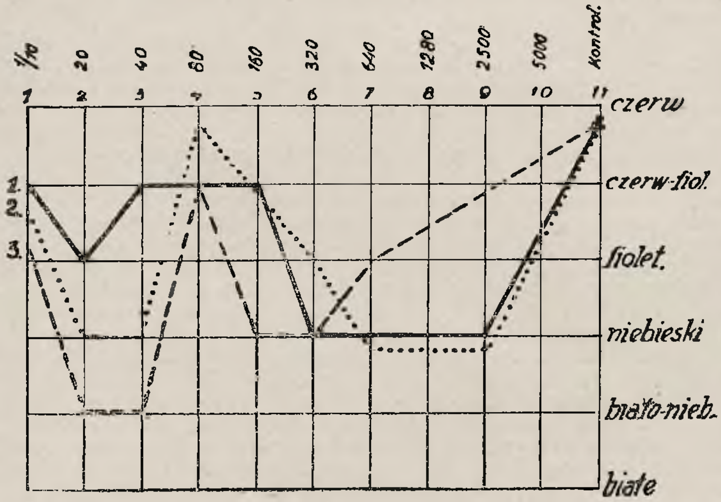


Ryc. II.

Goebel**) w swej wyczerpującej pracy o wynikach odczynu z żywicą mastiksową podaje, że i odczyn Emanuela w jego modyfikacji daje podobną krzywą o podwójnem maksimum z płynem wysiękowym opłucnowym oraz z płynem przy nagminnem zapaleniu opon, kończącem się śmiertelnie. Ten rodzaj krzywej tłumaczy sobie Goebel bardzo znacznem wzmożeniem białka płynu i, być może, przedostawaniem się z krwi do płynu ciał białkowych specjalnych, jak fibrinoglobuliny. Zdaje się nam nie ulegać wątpliwości, że krzywa ta jest wynikiem bardzo silnego stopnia uszkodzenia opon względnie ich przepuszczalności; czy zaś specjalne ciała biorą w tem udział, to jest zagadnienie, wymagające dalszych doświadczeń. Ważnem jest jednak, że krzywa ta nie występuje przypadkowo, lecz tylko w bardzo ciężkich przypadkach zapalenia opon mózgowych, prowadzących do śmierci, co wykazał Goebel przy odczynie z żywicą mastiksową, a my przy odczynie Langego.

**) Zeitschrift f. d. ges. Neurologie T. 87. (Kurze Uebersicht über unsere Ergebnisse der Liquoruntersuchungen).

Wynika stąd ogromne znaczenie praktyczne dla rokowania poszczególnych przypadków zapalenia opon tak ropnego, jak i gruźliczego.



Ryc. III.

Przypadek I. M. K. operowany na klinice oto-laryng. U. J. K. 16. XI. 1924 z powodu zapalenia ropnego zatoki czołowej prawej. Po operacji wystąpiły objawy zajęcia opon. Wykonane nakłucie lędźwiowe 19. XI. wykazało płyn ropny, z ropy wyhodowano *diplococcus lanceolatus* Fränkel-Weichselbaum. Pod wpływem zastrzyków propidonu, spadek ciepłoty do poniżej 39°, poprawa samopoczucia chorego i zmniejszenie sztywności karku. Krzywa odczynu ze złotem koloid. (ryc. II.), wykazała typowe dla zapalenia opon odbarwienie w probówce 5—6 i nieco jeszcze 7—8. 26. XI. nagłe pogorszenie stanu chorego, po drgawkach wystąpił niedowład prawej połowy ciała z całkowitą niemotą ruchową i czuciową. Odczyn ze złotem koloid. wykazuje pogłębienie się krzywej z dnia 19. XI., a więc najsilniejsze odbarwienie w obrębie 4—6 probówki (ryc. II. 2); płyn ropny, białka więcej niż poprzednio. Przez kilka dni następnych zaznacza się stała tendencja do poprawy niedowładu prawostronnego i niemoty. Ciepłota ulega wahaniom dochodząc najwyżej do 39,6°; podmiotowo chory czuje się lepiej. Dnia 3. XII. nastąpiło znowu pogorszenie, ciepłota 40°. Nakłucie lędźwiowe dnia 4. XII. dało płyn mętny, ropny, bardzo wielką ilość białka; odczyn ze złotem koloid. dał nam krzywą (ryc. II. 3.) o podwójnem maksimum, przyczem ząb w lewej połowie nawet głębszy aniżeli odbarwienie w prawej stronie probówek. Po nakłuciu krótkotrwała poprawa poczem drgawki i zajęcie *sensorium.* Stan ten utrzymuje się do śmierci, która nastąpiła 7. XII. 1924.

Przypadek powyższy jest typowem przykładem ciężkiego zapalenia opon z przedłużonym przebiegiem. Kliniczne objawy ulegają do 3. XII. wahaniom i to tak znacznym (wystąpienie niedowładu prawostronnego i niemoty, potem poprawa tychże), że o wysnuwaniu wniosków prognostycznych z przebiegu choroby mowy być nie może, podczas, gdy krzywa odczynu ze złotem koloidowem wykazuje stałe pogłębianie się, świadczące o pogarszaniu się sprawy chorobowej. 4. XII, odczyn Langego daje nam krzywą o podwójnem maksimum. odtąd i klinicznie stan chorej przedstawia się, jako beznadziejny.

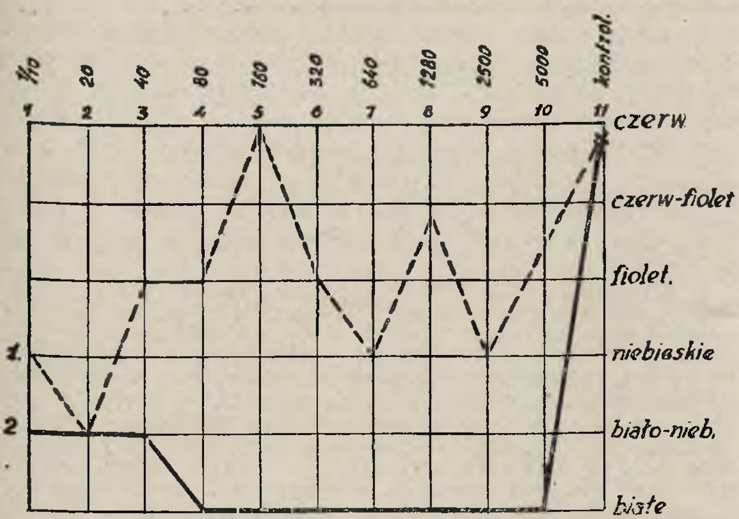
Przypadek II. H. *otit s et mastoiditis supur. dextra,* nieoperowany, gdyż nie chciał się zgodzić na zabieg. 27. XII. 1924 przyjęty na klinikę oto-laryng. U. J. K. z objawami oponowemi. Stałe pogorszanie się stanu chorobowego. Wydobyty 29. XII. płyn mózgowo-rdzeniowy, mętny, dał według odczynu ze złotem koloid. krzywą (ryc. III. 3) podobną jak w przypadku I. (ryc. II. 3). Śmierć nastąpiła 30. XII. Sekcja wykazała zniszczenie kości skalistej i nakrycia kostnego jamy bębenkowej oraz ropień w prawej półkuli móżdżku*).

Przypadek III. Chora A. nagminne zapalenie opon po grypie z obustronnem zapaleniem ucha środkowego. (Szpital okręgowy W. P. we Lwowie). W dwa dni przed śmiercią odczyn Langego w płynie dał bardzo charakterystyczny ząb (ryc. III. 1.), który pozwolił nam postawić rokowanie bardzo niepomyślne. Ząb ten, jak to widać z ryc. III. 2., staje się jeszcze wyraźniejszy w dzień śmierci (ostatnie nakłucie w kilka godzin przed śmiercią).

*) H. Mygind. (Die otogene collaterale Meningitis. Ztschr. f. Hals- Nasen u. Ohrenheilkunde T. 5. 1923) opisuje liczne przypadki *meningitis collateralis,* gdzie za życia były b. wyraźne objawy oponowe, płyn mózgo-rdz. zupełnie mętny, a gdzie mimo to po śmierci, sekcyjnie nie można było stwierdzić makroskopowo żadnego ropienia na oponach miękich.

Przypadek IV. F. P. przyjęty na klinikę wewnętrzną U. J. K. w stanie bardzo ciężkim bez przytomności; kliniczne objawy i wszystkie odczyny płynowe dozwoliły na rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe wykonane na dzień przed śmiercią dało płyn opalizujący, limfocytów 500/3 w 1 mm sz. Nonne ++, krzywa odczynu ze złotem koloid. daje i tutaj bardzo wyraźny ząb w lewej połowie (ryc. IV., 1)

W przypadkach bardzo ciężkiego zapalenia opon mózgowych i na krótko przed śmiercią spotykaliśmy również krzywą, powstałą z odbarwienia całkowitego prawie wszystkich probówek, a więc połączenie krzywej surowiczej zębem w lewej połowie (jak to widać z ryc. IV. chory M. obserwowany przez doc. dra Rothfelda, zmarł w dniu nakłucia; ropne zapalenie opon pneumokokowe). Jest to więc jeszcze cięższy stopień upośledzenia wytrzymałości opon.



Ryc IV.

Przyjmujemy, że przyczyną powstawania odbarwienia przy procesach zapalnych opon w strefie surowiczej, a więc w rozcieńczeniach płynu większych, jest przechodzenie w tych stanach chorobowych z krwi do płynu albumin we wzmożonej ilości, które działają hamująco (Schutzkraft) na globuliny. To działanie ochronne albumin w stosunku do globulin powstrzymuje w małych rozcieńczeniach płynu odbarwienie złota, które tu przychodzi do skutkn przez działanie wolnego systemu koloidowego globulin na system koloidowy złota. Przewaga albumin rozstrzyga o odbarwieniu dopiero w większych rozcieńczeniach płynu. Wystąpienie podwójnego maksimum możnaby więc wytłumaczyć w ten sposób, że w tych ciężkich stanach zapalnych opon prowadzących do zejścia śmiertelnego, ulegają powiększeniu w płynie już nietylko albuminy, ale pojawia się wtedy w płynie i wielka ilość globulin, tak, że ten wskaźnik białkowy *(Eiweissquotient* Langego) przesuwa się szybko z 1:10 ku 1:1, przyczem bezwzględna ilość globulin jest tu naturalnie w znaczniejszym stopniu wzmożona, niż w procesach chronicznych; globuliny już nie są hamowane, mimo wielkiej ilości albumin. Powodują one odbarwienie w drugiej i trzeciej probówce (ryc. II, 3), w czwartej probówce znać jeszcze działanie hamujące albumin, które w tem rozcieńczeniu już wystarczają do osłabienia siły strącającej globulin, i wreszcie w szóstej — ósmej probówce występuje odbarwienie spowodowane przez albuminy.

O ile teoretyczne wyjaśnienie tego zjawiska ulegać może wciąż jeszcze dyskusji, to praktyczne znaczenie krzywej o podwójnem maksimum przy stanach zapalnych opon bez względu na etjologję, nie ulega wątpliwości. Jest to *signum mali ominis* dla chorego, wskazuje ono na tak daleko posunięte zmiany w oponach, że o cofnięciu się ich nie można już myśleć.

Z praktyki.

Prymarjusz Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Niezwykłych rozmiarów odlew wysięku włóknikowego wykrztuszony w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc.

(Z Oddziału chorób wewnętrznych I. B. państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie).
Prymarjusz Dr. Antoni Krokiewicz.

W przebiegu zapalenia włóknikowego płuc napotyka się prawie zawsze w plwocinach skrzepy włóknikowe, które pochodzą z drobnych oskrzelików. Jeśli grudki szaro-białawe lub zwinięte niteczki potrząsamy w wodzie, powstają z nich twory walcowate i rozgałęziające się, odpowiednio do rozgałęzień drobnych oskrzelików. Wydarza się to zazwyczaj w okresie szarego zwątrobienia w zapaleniu włóknikowem płuc a więc od 3. do 7. dnia choroby; rzadko w późniejszym okresie choroby (14. do 20. dnia). Bardzo rzadko w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc napotyka się w plwocinie większe odlewy rozgałęzionych skrzepów włóknikowych, pochodzących z większych oskrzeli jak n. p. w przypadku Eichhorsta spostrzeganym na jego klinice w Zurychu (jak o tem świadczy fotografja niezwykle dużego odlewu skrzepu włóknikowego z oskrzeli, wykrztuszonego w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc w jego podręczniku chorób wewnętrznych r. 1904 VI. tom I. str. 583). Budowa tych skrzepów odpowiada naówczas błonom krupowym.

Kaufmann w swym podręczniku anatomji patologicznej (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie für Studierende u. Aerzte 1922 Band 1. St. 263) podaje również rycinę niezwykle dużego wykrztuszonego odlewu włóknikowego z oskrzeli — jednak w przebiegu »*Bronchitis plastica essentialis*«, nadesłanego od Dra Lotza z Bazylei. Według jego zapatrywania pierwotne swoiste zapalenie plastyczne oskrzeli t. zw. zapal. oskrzeli włóknikowo śluzowe *(bronchitis fibrinomucosa)* jest rzadkie, a etjologja jego ciemna. Może ono występywać ostro lub, co się częściej wydarza — ma przebieg przewlekły, trwający niekiedy lata. Wówczas chory wykrztusza błony mętne, żółtawo-białe, zawierające bańki powietrzne, w postaci tworów litych, spłaszczonych, zgniecionych. Twory te pływają w wodzie, składają się z włóknika lub częściej z mucyny lub z włóknika i mucyny.



Ryc. I. Odlew wysięku włóknikowego.

W dniu 13. III. 1925 przyjęty został na oddział chorób wewnętrznych I. B. państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie Hof. J., wyrobnik, liczący lat 25, w stanie nieprzytomnym z objawami ciężkiego obustronnego zapalenia płuc z wysoką gorączką, (40° C.), z wielką sinicą i dusznością, tudzież ze znacznemi opryszczkami na wargach. Piątego dnia choroby, chory wykrztusił podczas napadu silnego kaszlu, duszności i bardzo znacznej sinicy, niezwykle wielki odlew włóknikowy, zbity, okazujący przy opłukiwaniu wodą, rozgałęzienia drzewiaste, którego długość wynosiła 12 cm.

a średnica nasady pnia około 10 mm (obacz rycina I.) Badanie histologiczne, dokonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. przez asystenta Dra A. Szurcera wykazało włóknik o gęstej siateczce, w którego oczkach znajdowały się skąpe krwinki białe, krwinki czerwone i nabłonek dróg oddechowych. Przebieg choroby był wogóle bardzo ciężki. Chory dopiero po 5 tygodniach opuścił szpital zupełnie wyleczony.

E. ARTWIŃSKI, Kraków.
Dr. SCIESIŃSKI.

Przypadek wągra w komorze IV.

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, Prym. Doc. Dr. E. Artwiński i z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. Dyrektor Prof. Dr. S. Ciechanowski.

21. IV. 1925 zgłosił się na Oddział VI. szpitala św. Łazarza S. S. lat 32 z powodu napadowych bardzo silnych bolów głowy.

Wywiady:

Za wyjątkiem czerwonki, którą przebył w 1916 r. miał nigdy poważniej nie chorować. Obecna choroba zaczęła się przed dwoma tygodniami bardzo silnemi bolami głowy, których dokładniej umiejscowić nie potrafi. Napady bolów występują bardzo często, nieraz co 10 minut. Po każdej zmianie pozycji ciała bole głowy mają się wybitnie wzmagać. Wymioty miał kilkakrotnie, zawrotów głowy nie odczuwał. Innych objawów dotychczas nie zauważył.

Przebieg.

Badanie oczów (Doc. Dr. Brudzewski, wykazało: »Tarcza zastoinowa zaczynająca się obustronnie, po prawej silniejsza i wynaczynienia na tarczy od dołu«.

P. =
V L. = 5/5

22. IV. Budowa i odżywienie dobre, czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Źrenice równe, odczyn źrenic na światło i przystosowanie może cokolwiek zwolniony. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, drżenia gałek ocznych brak. Inne nerwy czaszkowe bez dostrzegalnych zmian.

Odruchy rogówkowe i spojówkowe obustronnie zachowane.

Ruchy bierne i czynne kończyn górnych i dolnych bez wybitniejszych zmian, może kończyny lewe nieco słabsze niż prawe.

Odruchy kończyn górnych i dolnych żywe, może po stronie lewej cokolwiek żywsze. Odruchów Babińskiego, Oppenheima, Strümpla nie stwierdzono.

Odruchy brzuszne i mosznowe wydają się równe.

Objaw Romberga ujemy przy staniu na obu nogach, przy staniu na jednej nodze dodatni.

Próba bezładu móżdżkowego, badana metodami Babińskiego w pozycji stojącej i leżącej wypadła ujemnie. Zboczenia samoistnego (Barany) nie stwierdzono.

Czucie bólowe i dotykowe zachowane na całem ciele, jedynie na ręce lewej po stronie wewnętrznej ma być cokolwiek obniżone na ból i dotyk na $1/_3$ dolnej przedramienia.

Objawów oponowych nie stwierdzono.

Chód bezpośrednio po wstaniu z pozycji leżącej niepewny (jakby lekko zaznaczony bezład móżdżkowy), po chwili chodzenia wyrównuje się i staje się pewnym, miarowym.

Tętno — 90 na minutę. Mocz bez białka. Na cukier niestety nie zbadano.

Badanie uszów (Dr. Spira) bez zmian chorobowych, odczyny kaloryczne prawidłowe.

Wynik badania na odczyn Wassermanna z surowicą krwi wypadł ujemnie. (Doc. Dr. Kostrzewski).

23. IV. 1925 rano wykonano nakłucie lędźwiowe ze wszelkiemi ostrożnościami. Wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego (Doc. Dr. Kostrzewski). 1) odczyn Wassermanna ujemny, 2) odczyn Nonne-Apelta ujemny, 3) pleocytoza: c. b. 92 w 1 mm sz.

W godzinach popołudniowych zwolnienie tętna do 40 na minutę i kilka razy napady silnego bolu w tyłogłowiu.

24. IV. 1925. Podmiotowo czuje się lepiej, tętno około 70.

Wieczorem nie wziął nawet proszków, które mu na noc zostawiono, gdyż nie odczuwał bolów głowy.

O godzinie 22.25 minut zawezwał lekarza, gdyż nagle uczuł duszność.

Obecny przy zgonie dr. Ostrowski stwierdził objawy bezdechu, przy utrzymanem twardem równem tętnie.

Po kilku minutach o godzinie 22.30 chory zmarł.

Streszczając powyżej przytoczone spostrzeżenia stwierdzamy, że u zupełnie dotychczas zdrowego 32 liczącego osobnika wystąpiły nagle napadowe bole głowy i wymioty, wzmagające się przy zmianach położenia ciała i ruchach.

Badanie przedmiotowe poza tarczą zastoinową, niepewnym chodem, występującym po zmianie ułożenia ciała i wybitnej pleocytozie dało wynik ujemny.

Na podstawie bolów głowy, wymiotów i tarczycy zastoinowej rozpoznaliśmy sprawę chorobową, dającą objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, najprawdopodobniej nowotwór. Szybko narastająca tarcza zastoinowa przemawiała za tylną jamą czaszkową.

Nie mogliśmy jednak stwierdzić żadnych objawów móżdżkowych, a odruchy rogówkowe i spojówkowe, które szybko nikną przy sprawach nowotworowych tylnej jamy czaszkowej, były obustronnie zachowane.

Nagła śmierć wśród objawów bezdechu przy dobrze utrzymanem tętnie przemawiała również za sprawą chorobową, najprawdopodobniej nowotworem umiejscowionym w tylnej jamie czaszkowej.

25. IV. kolega Sciesiński wykonał sekcję, której opis załączamy. Nadmieniam tu tylko, że w czasie sekcji stwierdzono wodogłowie, a na dnie komory IV. wągra.

Sekcja (S 252/1925 Dr. Ściesiński) wykazała stan następujący:

Czaszka o wymiarach i kościach prawidłowych. Opona twarda oddziela się od czaszki łatwo, silnie napięta, gładka, lśniąca, mało ukrwiona; zatoki żylne zawierają skrzepy pośmiertne. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, mało ukrwione. Tętnice na podstawie mózgu niezmienione. Mózg waży 1560 g, po przecięciu opony twardej silnie wypnkla się z czaszki. Zakręty znacznie spłaszczone, rowki zupełnie wygładzone. Kształt i powierzchnia pozatem niezmienione. Spoidło wielkie uniesione półkulisto, po przecięciu wylewa się z komór bocznych duża ilość płynu zupełnie jasnego i przejrzystego. Komory boczne są w znacznym stopnin, głównie w częściach tylnych rozszerzone, wyściółka ich miejscami nieco zgrubiała, wszędzie gładka, lśniąca. Pojemność komory, III. jest mało, komory IV, zaś znacznie zwiększona. Płyn obu tych komór okazuje te same właściwości co w bocznych komorach. W świetle komory IV. pływa pęcherzyk wielkości fasoli, zawierający płyn przejrzysty oraz drobne ziarenka białawe, mniej przeświecające. Pęcherzyk ten połączony jest cienką, 2 mm szypułką z drugim pęcherzykiem zapadniętym, od którego zwisa cienka błonka o brzegach postrzępionych (wągr groniasty-*cysticercus racemosus*). Wyściółka komory IV. jest wyraźnie niejednostajnie zgrubiała i zwłókniała, lśniąca, a na dnie koło ujścia kanału rdzeniowego widać drobne różowe ziarnistości o ziarenkach wielkości główki od szpilki.



W innych narządach nie znaleziono żadnych zmian, w szczególności nie znaleziono nigdzie wągrów.

Wągry w ścianach komór mózgowych względnie w splotach naczyniowych są dość częste. Rzadko zdarzają się wolno pływające pęcherzyki. I tak Kaufmann wspomina o wągrze wielkości grochu w IV. komorze; za życia powstawały przez wentylowate zamknięcia wodociągu Sylwjusza objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, skoro chory pozostawał w pozycji stojącej. W innych przypadkach znaleziono podobnie jak w naszym przypadku znaczne rozszerzenie komory IV. Kaufmann i Michael widzieli cukrzycę przy równoczesnej obecności wągra w IV. komorze. Wolno pływające wągry mogą sprowadzić śmierć nagłą przez pora-

żenie ośrodka oddechowego, jak w przypadkach Pföringera, Askanazyego i Verse'a. Czasem wywołują one tak jak i w naszym przypadku, przez stałe drażnienie mechaniczne bujanie wyściółki komór w formie tkanki ziarninowej jak i mogą zrosnąć ze ścianą komórki.

Przypadek nasz nie tylko ze względu na rzadkość tego cierpienia zasługuje na uwagę, ale i na bardzo charakterystyczny zespół objawów, jakie mieliśmy możność spostrzegać.

Bruns w 1902 r. opisał jako charakterystyczny dla tego cierpienia, umiejscowionego na dnie komory IV. następujący zespół objawów: napadowo występujące bole głowy i zawroty z wymiotami w związku z ruchami głowy. W czasie pomiędzy temi napadami chory czuje się względnie dobrze.

Bruns uważał ten zespół jako charakterystyczny dla wągra wolno leżącego w obrębie komory IV. a Oppenheim rozszerzył zakres tego zespołu, dla wągra uszypułowanego w komorze IV.

Spostrzeżenia w naszym przypadku potwierdzają w całej rozciągłości wartość rozpoznawczą zespołu Brunsa dla umiejscowienia wągra w obrębie komory IV.

Nie stwierdziliśmy jedynie u naszego chorego zawrotów głowy, które są opisywane przez Brunsa i Oppenheima.

Niepewny chwiejny chód, występujący chwilami szczególnie po nagłem wstaniu z pozycji leżącej, jaki spostrzegaliśmy u naszego chorego, był również opisywany w podobnych przypadkach przez Brunsa, Czychlena i Hermanna.

Nagła śmierć, przez porażenie ośrodka oddechowego, przy utrzymującem się jeszcze dobrem tętnie, zdarza się według Sterna w 64% przy takiem umiejscowieniu tej sprawy chorobowej.

Pleocytoza którą stwierdził u naszego chorego Dr. Kostrzewski była opisana w przypadkach Rautenberga i Sterna.

Pozostaje do omówienia jeszcze punkt ostatni a mianowicie ewentualny wpływ nakłucia lędźwiowego na przebieg choroby i nagłą śmierć naszego chorego.

Jak wiadomo nowotwory tylnej jamy czaszkowej przedstawiają największe niebezpieczeństwa, ze względu na przypadki nagłej śmierci, jaką po opuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego spostrzegano i opisywano.

O wynikach nakłucia lędźwiowego przy wągrze komory IV. nieliczne tylko spotykamy spostrzeżenia w odnośnem piśmiennictwie. Krönig opisał nagłą śmierć w 5 godzin po nakłuciu lędźwiowem u chorego z *cysticercus* w komorze IV a zejście to uważał za następstwo upustu płynu mózgordzeniowego.

Inni klinicyści jak Hennenberg i Stern obserwowali po upuście płynu mózgo-rdzeniowego nawet przemijającą poprawę.

U naszego chorego również dało się zauważyć i podmiotową i przedmiotową poprawę i w ilości i częstości napadowych bolów głowy i wymiotów, które niewątpliwie po nakłuciu zmalały i osłabły w swojem natężeniu.

Śmierć zaś nastąpiła nagle w 36 godzin po nakłuciu lędźwiowem i po 24 godzinach stosunkowo dobrego samopoczucia.

Bezdech przy dobrze utrzymującem się jeszcze tętnie opisywano jako charakterystyczny zespół objawów wśród których umierają chorzy z wągrem w obrębie komory IV.

Podobny zespół objawów był opisany u chorych, którym nie robiono nakłucia lędźwiowego.

Sądzę więc, że można z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że nagłe zejście, które nastąpiło w 30 godzin po dokonanem nakłuciu lędźwiowem, nie da się powiązać w bezpośredni związek przyczynowy z dokonanym zabiegiem.

Dr. Ryszard RODZIŃSKI, asyst. kliniki. Lwów.

W sprawie dwóch rzadkich nowotworów jamy brzusznej.

Z kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr H. Schramm.

Dwa rzadkie nowotwory jamy brzusznej spostrzegane w klinice chirurgicznej we Lwowie, jeden po drugim w krótkim odstępie czasu są przedmiotem, niniejszego doniesienia.

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 65-letniej, przyjętej do kliniki chirurgicznej dnia 6. IX. 1923. Skarży się ona mniej więcej od miesiąca na bole w jamie brzusznej, głównie po stronie lewej, gorzkie odbijania, biegunkę, wymioty. Te ostatnie występują okresowo co kilka dni. Przed dwoma tygodniami zauważyła w lewem podbrzuszu guz z początku wielkości małego jabłka, na dotyk niebolesny, który począł się szybko powiększać przyczem stał się tkliwym na ucisk. Przed czterema laty przechodziła operację przepukliny brzusznej w jednym z prowincjonalnych szpitali. Jednakże w 6 miesięcy po operacji przepuklina zjawiła się z powrotem w dawnem miejscu. Rodziła dwa razy. Dzieci zdrowe. Z wyjątkiem zapalenia płuc nie przechodziła żadnych innych chorób.

Stan obecny: Kobieta bardzo otyła, budowy ciała silnej. Płuca, serce bez zmian wybitniejszych. Brzuch: oglądaniem stwierdza się w linji środkowej ciała na 3 cm poniżej pępka starą bliznę pooperacyjną długości 8 cm., w zakresie której wyczuwa się rozstęp ściany brzusznej, przez który wypukla się zwłaszcza przy kaszlu zawartość jamy brzusznej. Po stronie lewej brzucha wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka kształtu kulistego, gubiący się ku dołowi popod więzadłem pachwinowem, zaś ku górze sięgający na szerokość czterech palców ponad pępek. Guz ten mało ruchomy, wypuk nad nim przytłumiony, tkliwy bardzo na ucisk, po bokach wyczuć można wyraźne chełbotanie. Défense musculaire powłok brzusznych w obrębie guza. W prawem podbrzuszu stwierdzamy również guz, wielkości jabłka, twardy, gubiący się również popod więzadłem Pouparta.

Badanie ginekologiczne przeprowadzone w klinice ginekologicznej wykazało obecność mięśniaków macicy. Guz wyczuwalny przez powłoki brzuszne w lewem podbrzuszu rozpoznano jako skręconą torbiel jajnika.

Z chwilą przyjęcia do kliniki chora gorączkuje wysoko, wieczorem do 39°. Wymioty. Wobec powyższych objawów przystąpiono na drugi dzień do zabiegu operacyjnego (prof. Dr. Schramm) z rozpoznaniem potwierdzonem przez ginekologów: mięśniaki macicy. Skręt torbieli jajnika.

W uśpieniu eterowo morfinowem poprowadzono cięcie podłużne ponad najwyższą wyniosłość guza t. j. 6 cm na lewo od linji środkowej ciała. Natychmiast po otwarciu powięzi poprzecznej wylała się obfita ilość ropy o zapachu właściwym ropie wywołanej prątkiem okrężnicy. Mimo przezorności, z jaką przeprowadzono cięcie przez powłoki (rozpoznano bowiem skręt torbieli i ewentualny zrost jej ze ścianą brzuszną) oraz usiłowań ochronienia jamy otrzewnej przed zakażeniem ropą, nieco płynu ropnego wylało się do niej. Guz bowiem zrośnięty był tylko na wąskiej przestrzeni z przednią ścianą jamy brzusznej, a przypadek chciał, że w tem właśnie miejscu poprowadzono cięcie. Po osłonięciu wolnej jamy otrzewnej gazą i wypuszczeniu ropy przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z jamą wielkości głowy dorosłego człowieka, leżącą mniej więcej w samym środku jamy brzusznej. Ściany jamy pokryte nalotami włóknika a na jej dnie daje się wyczuć guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, kulisty, twardy, mało ruchomy, zrośnięty szczelnie ze ścianą torbieli a wpuklający się tylko bardzo nieznacznie od zewnątrz do światła torbieli. Guz ten leżał na wysokości pierwszego kręgu lędźwiowego, w miejscu zgięcia dwunastnico-czczego, a przypominał kształtem swym i położeniem głowę trzustki.

Ze względu na ogólny zły stan chorej zeszyto powłoki brzuszne, sączkując uprzednio jamę brzuszną oraz ropień gazą i sączkami gumowemi w przypuszczeniu, że mieliśmy do czynienia z torbielą zropiałą pochodzącą z trzustki. Po zabiegu wystąpiły u chorej objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Czwartego dnia po operacji zmarła chora wśród objawów osłabienia mięśnia sercowego.

Sekcja wykazała co następuje: W. sercu, płucach poza zwyrodnieniem miąższowem mięśnia i objawami nieżytu większych oskrzeli, zmian żadnych. W jamie brzusznej objawy ogólnego, świeżego ropnego zapalenia otrzewnej oraz jama torbieli na dnie której wspomniany guz. Przy bliższem badaniu okazało się, że guz ten leżąc pomiędzy obiema blaszkami krezki obrastał uchyłek długości 5 cm powstały z wyciągniętej lejkowato ściany dwunastnicy tuż przed przejściem jej w jelito czcze. Po rozcięciu guza i wypreparowaniu uchyłka w całości zauważyliśmy na szczycie tego ostatniego otworek wielkości ziarnka grochu. Otwór ten prowadził do wąskiej przestrzeni, zawartej pomiędzy ścianami uchyłka a otaczającym go zewsząd miąższem guza. Przestrzeń ta komunikowała z jamą ropnia w miejscu, gdzie uchyłek gubił się w guzie. Znaleźliśmy tem samem punkt wyjścia ropnia wśródotrzewnowego. Treść jelito-

wa dwunastnicy przedostawała się zwyż wspomnianą szczeliną do wolnej jamy otrzewnowej, wywołując ropień, który otorbił się i ograniczył do wielkości guza, macalnego wyraźnie przez powłoki przed operacją. Pozatem stwierdzono w miąższu macicy kilka mięśniako-włókniaków leżących przeważnie w prawej jej połowie.

Badanie drobnowidowe guzów macicy stwierdziło typową budowę mięśniako włókniaków, zaś guz w okolicy zgięcia dwunastnico-czczego był włókniakiem, bez jakiegokolwiek śladu obecności w nim włókien mięsnych, ani zmian wstecznych, spotykanych często w nowotworach tego rodzaju. Badanie ścian uchyłka, idąc od światła dwunastnicy ku jego wierzchołkowi. wykazało stopniowe ścieńczenie składowych części jego. W końcowych odcinkach uchyłka brak już zupełnie śluzówki, a w samym końcu surowicówka ścian uchyłka zlewa się z tkanką łączną włókniaka. Pozatem wykazuje badanie drobnowidowe w ścianach uchyłka oraz jelit (pobrano skrawki z dwunastnicy i przelegających części jelita czczego) wybitne zmiany zapalne pod postacią ostrego zapalenia błony śluzowej. Powodem zejścia śmiertelnego u naszej chorej było ropne zapalenie otrzewnej, spowodowane rozlaniem się ropy po jamie brzusznej w przebiegu operacji.

Przystępując do bliższego omówienia przypadku naszego zaznaczyć muszę, że mieliśmy do czynienia z włókniakiem twardym (*fibroma durum*), leżącym pomiędzy obiema blaszkami krezki a zrastającym się ze ścianą jelita. Punktem wyjścia jego mogła być również dobrze tkanka łączna krezki, jak i ściana jelita. Myśleć możnaby również i o tem, że guz ten był pochodnym macicy t. j. że oddzieliwszy się od jej miąższu, zrósł się następowo ze ścianami dwunastnicy. Jednak przypuszczeniu temu sprzeciwia się budowa drobnowidowa, odmienna od znalezionych w macicy guzów, oraz i ta okoliczność, że nowotwór rozwijał się i wrastał pomiędzy obie blaszki krezki, coby nie miało miejsca, gdyby guz zrósł się od zewnątrz ze ścianą dwunastnicy. Pozatem B l a n d i S u t t o n twierdzą, że spostrzegano włókniaki takie dochodzące wagi 5 funtów także i u mężczyzn. Nie przypisują tem samem wielkiej wagi do teorji tłumaczącej pochodzenie podobnych guzów u kobiet oddzieleniem się ich z miąższu macicy. Włókniaki te uważają za pierwotne jelit względnie krezki.

Pozostałoby zatem rozstrzygnąć tylko pytanie, czy włókniak w naszym przypadku był pierwotnym nowotworem krezki, czy może dwunastnicy. A odpowiedź na to pytanie nie jest bynajmniej łatwą. Stosunek guza do światła i ścian jelita był tego rodzaju, iż możnaby raczej przyjąć za punkt wyjścia jego ścianę jelita. Uchyłek drążył tak głęboko w miąższ guza, pozatem i surowicówka dwunastnicy tak jednostajnie rozprzestrzeniała się w samym nowotworze, iż raczej przypuszczać należałoby, iż włókniak stanowił istotną część ściany dwunastnicy i następowo dopiero wrósł pomiędzy blaszki sieci. Utwierdza zaś nas w tem przekonaniu praca B o r m a n n a, która udowadnia, że większość nowotworów rozwijających się pomiędzy blaszkami krezki pochodzi ze ścian jelita. Po oddzieleniu się od ścian kiszki dostają się te nowotwory pomiędzy blaszki krezki i tam rozwijają się dochodząc niekiedy pokaźnych rozmiarów.

Sprawa punktu wyjścia nowotworów stałych krezki jest sporną i zdaje mi się, że nie tak prędko zostanie rozstrzygniętą, już chociażby z tego względu, że ilość spostrzeganych i opisanych guzów stałych krezki jest bardzo mała. Ze względu na niemożliwość pewnego zaliczenia włókniaka naszego do jednej z powyższych grup, pozwolę sobie powiedzieć w krótkości o obu rodzajach tych nowotworów.

A więc co do częstości ich występowania to S z e n e s, który pierwszy w piśmiennictwie niemieckiem zestawił nowotwory, stałe krezki, naliczył tylko 18 opisanych włókniaków. O włókniakach jelit mówi H o c h e n e g g w swej chirurgji, że należą do największych rzadkości. Opisano nie więcej, jak 5 pewnych przypadków (H e u r t e a u x, P e c k i inni). Z przeglądu piśmiennictwa stwierdziłem, że w ostatnich latach podano kilka ich opisów.

I tak J a m e s i S a p p i n g t o n, opisują przypadek wgłobienia jelita biodrowego przez włókniak ściany tegoż jelita. B l a n d i S u t t o n podają opisy2 włókniaków podsurowiczych jelita ślepego. Podobnie F a u r e i D e s p l a s. Jedyny przypadek włókniaka dwunastnicy podał V a c c a r i. M e l c h i o r w swej »chirurgji dwunastnicy« nie notuje żadnego. Nowotwór przezemnie opisany byłby zatem drugim z rzędu, o ileby go można z całą pewnością uważać za pochodny ścian jelita, a do czego, jak z powyższego opisu wynika, może mielibyśmy prawo. Z objawów i powikłań nowotworów dobrotliwych jelit (mam tu na myśli przedewszystkiem włókniaki) notuje piśmiennictwo krwawienia (n. p. z żołądka H a l b e r t s m a) wgłobienie (J a m e s and S a p p i n g t o n) biegunki i krwawienia z jelit (B e l i n R e n e) objawy podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego (F a u r e i D e s p l a s e), zwyrodnienie torbielowate miąższu, zwężenie światła, jelit i t. d.

W przebiegu włókniaków krezki wybijają się na pierwszy plan objawy stojące w związku z wielkością tych nowotworów. Dochodząc niejednokrotnie do wagi kilku funtów sprawiają ucisk na naczynia, bole promieniujące, uczucie pełności, powodują skręt kiszek, i ich niedrożność. Te ostatnie powikłania są spowodowane ścisłą łącznością tych nowotworów ze ścianą jelita pod postacią zrostów ich na szerokiej przestrzeni. Jednak wyciągnięcia miejscowego ścian jelita podobnie jak w naszym przypadku pod postacią uchyłka nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie, ani przy opisie włókniaków jelit ani krezki.

Nie zwrócono jednak zdaje mi się w przebiegu rozwoju nowotworów dobrotliwych krezki baczniejszej uwagi na objawy chorobowe ze strony jelit, pod postacią wymiotów, biegunek, występujących naprzemian z zaparciem, wychudnienia, bolów o charakterze kolki jelitowej. Objawy te będą miały swą przyczynę jużto w powyżej wymienionych zrostach, już to w ucisku naczyń krezkowych przez sam nowotwór. Nie znalazłem również w dostępnem mi piśmiennictwie powikłania podobnego do naszego. W o l f r a m opisuje wprawdzie guz w jamie brzusznej, który rozpoznano jako torbiel jajnika, a który okazał się zwyrodniałym torbielowato mięśniakiem dwunastnicy. Podobnie i włókniako-mięsak S z e n e s a uległ częściowo martwicy miąższu. To przecież przypadek ropnia wśródotrzewnowego powstałego z przebicia ściany kiszki przez otaczający ją włókniak, ropnia tej wielkości i tak otorbionego, iż naśladował w zupełności torbiel jajnikową, o ile mi wiadomo nie był nigdzie opisany.

Mamy cały szereg charakterystycznych znamion, pozwalających nam odróżnić torbiele jajnika od guzów jamy brzusznej, wysięków otorbionych i t. d. Czasem jednak napotykamy na tak wielkie trudności rozpoznawcze, że prawdziwe rozpoznanie może ustalić dopiero laparotomja, względnie sekcja.

Okazuje się jednak, że i laparotomja podobnie jak i w naszym przypadku nie zawsze może wyświetlić sprawę. I tak F i n s t e r e r operując swój przypadek mięsaka dwunastnicy torbielowato-zwyrodniałego postawił podczas zabiegu podobne rozpoznanie do naszego t. j. rozpoznał zropiałą torbiel trzustki. Dopiero drobnowidowe badanie skrawków z wyciętej ściany torbieli, naprowadziło go na prawdziwe rozpoznanie.

Wogóle w rozpoznawaniu nowotworów stałych krezki, pomyłki z torbielami jajnika bywają częste. Albowiem z zestawień wynika, że na 67 guzów stałych krezki 15 razy rozpoznano torbiel jajnika.

Zachodzi teraz pytanie, czy w przypadku naszym można było postawić właściwe rozpoznanie przed operacją ?

Z badań pomocniczych nie uwzględniliśmy badania promieniami X. oraz pneumografji. Tej ostatniej nie zastosowaliśmy rozmyślnie, gdyż wprowadzenie gazu do jamy brzusznej, w której spodziewaliśmy się procesu ropnego, wydawało nam się zabiegiem zbyt niebezpiecznym. Zaś badań przewodu pokarmowego promieniami X. nie mogliśmy niestety przeprowadzić z powodu chwilowych niedomagań aparatu, a zdaje mi się, że to ostatnie badanie mogłoby nam było dać pewne wskazówki. Przyczem uchyłek nasz długości 5 cm dałby się prawdopodobnie widzieć przy prześwietleniu i tem samem przyczynił może do postawienia właściwego rozpoznania. Poza tem zwracały w przypadku naszym uwagę wybitne objawy ze strony przewodu pokarmowego pod postacią biegunek, które pojawiły się już około 2 tygodni przed okazaniem się guza. Miały one niewątpliwie swą przyczynę w zapalnym stanie ścian jelita, spowodowanym prawdopodobnie

zmianami w ich odżywieniu, które wywołał włókniak przez ucisk na naczynia odżywiające je, rozrastając się wśród blaszek sieci.

Te to objawy ze strony przewodu pokarmowego powinne zdaje mi się, jak to już zresztą i wyżej zaznaczyłem, odgrywać większą rolę w rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy torbielami jajnika a nowotworami stałemi krezki, względnie jelit. Znaczna bowiem ilość guzów dobrotliwych tak krezki, jak i jelit daje już w samych swych początkach objawy ze strony przewodu pokarmowego, co się nie zdarza przy torbielach jajnika. Sądzę, że wymieniony powyżej szczegół może mieć pewne znaczenie rozpoznawcze.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 24 letniej, która zgłosiła się dokliniki dnia 20. XII. 1923 r. Podaje, że od roku wyczuwała przez powłoki brzuszne guz, który pomału powiększał się, aż przybrał rozmiary takie, jakie stwierdziliśmy przyjmując chorą do kliniki. Na żadne inne dolegliwości ze strony jamy brzusznej poza uczuciem pełności nie skarży się. Celem porady lekarskiej udała się do jednego ze szpitali, gdzie operowano ją na oddziale ginekologicznym, rozpoznawszy u chorej torbiel jajnika. Podczas zabiegu okazało się jednak, że guz nie wychodzi z narządów rodnych, lecz należy prawdopodobnie do nerki lewej. Poprzestano na zabiegu próbnym i po wygojeniu się rany pooperacyjnej skierowano chorą na klinikę chrurgiczną.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy ciała i odżywienia miernego. Serce, płuca bez zmian wybitniejszych. Objętość brzucha znacznie powiększona, szczególnie w wymiarze przednio-tylnym. Macaniem stwierdzamy guz przekraczający znacznie wielkość głowy dorosłego człowieka, zajmujący prawie całą lewą połowę jamy brzusznej. Powierzchnia jego gładka, spoistość twarda, kształt kulisty. Daje się łatwo przesuwać w jamie brzusznej. Wypuk nad nim stłumiony, po bokach bębenkowy. Badanie przez pochwę nie wykazywało łączności guza z narządami rodnemi. Z badań pomocniczych badanie moczu, krwi oraz badanie czynnościowe nerek wykazało stosunki prawidłowe. Jedyniepyelografja wykonana łaskawie dla kliniki przez Prym. Dra Leńkę wykazała znaczne rozszerzenie miedniczki nerkowej oraz przesunięcie nerki lewej na zewnątrz co miało przemawiać za łącznością guza z nerką.

Dnia 24. XII. przystąpiono do zabiegu operacyjnego (Prof. Dr. Schramm) z rozpoznaniem: guz nerki możliwie guz pozaotrzewnowy, albowiem położenie guza, jego kulistość, gładkość powierzchni, wielka ruchomość kazały nam również myśleć o guzie pozaotrzewnowym. Okoliczność, że miedniczka była rozszerzoną, zaś nerka przesunięta na lewo nie świadczyła bynajmniej przeciw temu, gdyż zrosty guzów pozaotrzewnowych z nerką nie należą do rzadkości.

Z tego też powodu nie poprowadzono, jak zwyczajnie cięcia w okolicy lędźwiowej, lecz z przodu pararektalnie, by mieć na wszelki wypadek swobodę działania w razie obecności guza pozaotrzewnowego. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że guz rzeczywiście wychodził z przestrzeni pozaotrzewnowej. Otwarto więc blaszkę ścienną otrzewnej i starano się wydobyć guz na zewnątrz. Mimo tego, iż guz dał się z trudnością obejść orjentacja co do punktu jego wyjścia była wysoce utrudniona. Dopiero gdy z wielkim mozołem udało się wreszcie wytoczyć guz na zewnątrz naczynia nerkowe oraz moczowód biegnący w kierunku guza, naprowadziły na rozpoznanie, że mamy rzeczywiście do czynienia z guzem nerki. Teraz zabieg dalszy ukształtował się już zupełnie prawidłowo. Po podwiązaniu naczyń oraz moczowodu usunięto guz, blaszkę ścienną otrzewnej zeszyto, a łożysko guza zdrenowano ku okolicy lędźwiowej sączkiem gumowym. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 14-go dnia po operacji opuściła chora klinikę zdrowa.

Guz wycięty przedstawiał się następująco: Waga jego wynosiła 6 kg. Powierzchnia jego gładka, spoistość ciastowata kształt kulisty. Na górnym biegunie leży nerka, jak czapeczka przylegając doń szczelnie. Warstwa korowa nerki dość dobrze zachowana, zaś piramidowa ścieńczała znacznie. Miedniczka silnie rozszerzona. Guz stanowił istotną część miąższu nerkowego, gdyż otoczka włóknista (*capsula fibrosa*) otaczała go wspólnie z nerką. Widzieć można było dobrze jak po zdjęciu otoczki z nerki, ta ostatnia przechodziła na guz otaczając go równomiernie. Badanie anatomo-patologiczne stwierdziło, że wycięty guz był włókniakiem nerki.

Nowotwory nerki należą bezsprzecznie do rzadszych ustroju ludzkiego. Stanowią bowiem tylko 0·06% wszystkich nowotworów, a przeważną ich część stanowią nowotwory złośliwe, jak rak, mięsak i t. p. Nowotwory dobrotliwe nerki występują tak rzadko i posiadają tak mało cech rozpoznawczych iż Baetzner odmawia im wogóle większego znaczenia klinicznego. Z punktu anatomo-patologicznego przypadek ten jest o tyle ciekawym, iż włókniaki nerki nie przekraczające jednak wielkością główki szpilki, spotykamy bardzo często na sekcji. Występują one jako t. zw. *hamarthomata pericanalicularia renalia* Albrechta na tle zaburzeń rozwojowych.

Mimo to rzadko się zdarzą, by taki *hamarthoma* rozwinął się i doszedł do wielkości nowotworu w przypadku opisanym. I tak n, p. Wilson na 100 przypadków nowotworów nerki podaje tylko opis jednego małego włókniaka. Wśród dobrotliwych przeważają głównie tłuszczaki. Nic też dziwnego, że i my w naszym przypadku nie postawiliśmy pewnego rozpoznania wahając się pomiędzy rozpoznaniem nowotworu nerki, a guza pozaotrzewnowego, albowiem poza pyelografją, która wykazywała przemieszczenie nerki i rozszerzenie miedniczki nie mieliśmy żadnych danych wskazujących na zajęcie miąższu nerki nowotworem. Niestety i pyelografja nie mogła odgrywać decydującej roli wrozpoznawaniu, gdyż jak już wyżej wspomniałem wiadomem jest, iż guzy okołonerkowe powodują przemieszczenie w położeniu, oraz zmiany kształtu miedniczki nerkowej.

Że w takich razach, lepiej jest rozpoczynać zabieg operacyjny od przodu, a nie ze strony okolicy lędźwiowej, świadczy najlepiej nasz przypadek albowiem uwolnienie guza i wytoczenie go na zewnątrz byłoby napewno niemożliwem a przynajmniej wielce uciążliwem z cięcia tylnego używanego powszechnie do wycięcia pozaotrzewnowego nerki.

Dr. Bronisław FRENKIEL, Łódź.
Dr. Leopold IWASZKIEWICZ.

Przypadek nawrotu tężca.

(Szpital Anny-Marji. Lekarz naczelny Dr. Mogilnicki).

24 czerwca r. ub. został przyjęty do Szpitala 5-letni chłopak Bl. z rozpoznaniem drętwicy. Z wywiadów okazało się, że dziecko choruje od 2 tygodni, że choroba rozpoczęła się od braku łaknienia, że od kilku dni, zwłaszcza w nocy, wystąpiły ataki spazmatycznego płaczu i prężenia.

Pochodzi ze zdrowej rodziny, chorób zakaźnych nie przechodziło.

Badanie wykazało: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, gruczoły mocalne, skóra czysta, ciepłota *in recto* 37,9°.

Wybitny *opistotonus* i szczękościsk. Przy każdem dotknięciu i głośniejszych dźwiękach ataki prężenia. Twarz ma wyraz cierpiący. *Risus sardonicus*. Stan zamroczenia. Serce i płuca bez zmian. Wątroby i śledziony zbadać niepodobna z powodu sztywności powłok brzusznych.

Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn przeźroczysty, bez pleocytozy, białka 0,33‰, Nonne-Apelt — ujemny, Pandy — dodatni.

Rozpoznanie nie ulegało wątpliwości: tężec niewiadomego pochodzenia.

Zastosowano leczenie swoiste i objawowe. W ciągu dwu tygodni dziecko otrzymało śródlędźwiowo 6 flakonów surowicy swoistej, a 26 flakonów śródmięśniowo. Objawy tężca stopniowo znikły.

7 lipca wystąpiła obfita czerwono-sina wysypka, osłabienie i ciepłota do 40°. Zastosowano salicyl, kollargol, kamforę. Stan ten po kilku dniach przeszedł, natomiast zaczęły występować ropnie na czaszce, obu udach, około odbytnicy. Oprócz leczenia zwykłego wobec uporczywości i występowania coraz to nowych ropni zastosowano autoszczepionkę (w ciągu 10 dni sześć zastrzyknięć).

Wreszcie 24. VIII. wypisano dziecko ze szpitala w stanie naogół dobrym przy ogólnem osłabieniu.

W ciągu 2 tygodni w domu stan dziecka stale się poprawiał, siły powracały. W tym czasie rodzice zauważyli, że dziecko ma krzywe usta. Lekarz Kasy Chorych rozpoznał porażenie nerwu twarzowego i polecił zastosować elektryzację. Po kilku dniach pojawiły się ataki prężenia.

Dnia 11. IX. dziecko przybyło ponownie do szpitala. Chodziło samo, aczkolwiek z trudem i powoli. Ciepłota normalna, usta przekrzywione w stronę lewą, co czyni istotnie wrażenie niedowładu mięśni twarzowych po stronie prawej; jednakowoż przy wykonywaniu ruchów ujawnia się zupełna ich sprawność czynnościowa. Wybitnie występują objawy Chwostka i Escherícha obustronnie. Pielęgniarka zauważyła w dniu przyjęcia chłopca do szpitala atak prężenia obu nóg, trwający około 15 minut.

Rozpoznaliśmy nawrót tężca częściowy, wobec niezbyt ciężkich objawów zastosowaliśmy leczenie objawowe (siarczan magnezowy).

Jednakże w ciągu następnych dni stan stale się pogarszał ataki prężenia powtarzały się coraz częściej, wystąpił nieznaczny szczękościsk (połączony z zapaleniem błony śluzowej ust). Wobec tego 24. IX. zastosowaliśmy metodą Bezredki zastrzyk surowicy swoistej, w pół godziny potem wystąpiła zapaść, obfite poty. W ciągu następnych 2 dni ataki prężenia nie tak częste. 27. i 30. IX. ponownie wstrzyknięto po 2 flakony

surowicy — każdorazowo występował wstrząs. Od 30. IX. żadnych objawów tężcowych.

31. IX. ujawniła się ropowica na pośladku naprzód po jednej stronie, potem po stronie przeciwnej. Ropienie leczone chirurgicznie trwało b. długo. Dziecko po dłuższem leczeniu w szpitalu, a następnie w domu wyzdrowiało zupełnie.

Epikryza: przypadek tężca pochodzenia niewiadomego u 5-letniego dziecka ustępuje w ciągu 4 tygodni pod wpływem leczenia swoistego. Jako powikłanie wystąpiła choroba posurowicza i furunkuloza. W 6 tygodniu od czasu ostatnich objawów tężca występuje nawrót tej choroby, początkowo w postaci tężca miejscowego, następnie zespołu całkowitego. Recydywa po kilkutygodniowem trwaniu ustępuje pod wpływem ponownego leczenia swoistego, które stosujemy, nie bacząc na wstrząs aż do zupełnego ustąpienia objawów.

Przypadki nawrotów tężca należą do niezmiernie rzadkich w kazuistyce lekarskiej. Tężec kończy się albo śmiercią albo zupełnem wyzdrowieniem; rzadko występuje po przebytej chorobie w niektórych odcinkach mięśniowych sztywność spowodowana przez wtórne zmiany w mięśniach (przerost tkanki łącznej).

Sick po raz pierwszy opisał przypadek nawrotu tężca u 17-letniego chłopca w 6 tygodni po pierwotnem cierpieniu. W dyskusji nad pokazem Sicka wspomina Schickler o przypadku recydywy tężca u studenta po mensurze.

Z trzech przypadków Hubera tylko 2 zasługują na nazwę nawrotów. Huber rozróżnia recydywy, jako reinfekcje, i recydywy bez reinfekcji. Pierwsze wykazują przebieg cięższy od choroby pierwotnej, ostatnie, przeciwnie, lżejszy. Reinfekcja nie jest recydywą, i te przypadki nie dotyczą nas w tej chwili. Istnienie ich dowodziłoby, iż zakażenie pałeczkami Nikolaiera nie pozostawia trwałej odporności.

Przypadek Fausta, podawany przez Gerwienera, nastręcza wogóle wątpliwości, co do rozpoznania. Natomiast przypadek Brandta jest zupełnie wyraźny.

Przypadek Gerwienera — u 28-letniego mężczyzny, jest niezmiernie interesujący i rzuca wiele światła na patogenezę powstawania recydywy tężca. Już Sick, opisując swój pierwszy przypadek wypowiada 2 przypuszczenia. Po pierwsze, że bakterje, przetrwałe w organiźmie, przy sprzyjających okolicznościach na nowo się rozwijają, wywołując nowy atak choroby; po drugie, że toksyny tężca krążą w organizmie, aby w pewnych warunkach zadziałać na nowo na ośrodki nerwowe. To drugie przypuszczenie jest zgoła nieprawdopodobne. Przypadek Gerwienera dostarcza bezpośredniego dowodu na korzyść pierwszego przypuszczenia Sicka. U tego chorego nawrót tężca ustąpił z chwilą usunięcia odłamku granatu, w którym prof. Küster wykazał istnienie żywych i zdolnych do rozwoju pałeczek Nikolaiera. Wraz z usunięciem źródła nowego zakażenia czy intoksykacji) — ustępują objawy choroby. Skądinąd wiadomo, że w drzazgach w ranie już zabliźnionej pałeczki mogą przetrwać bardzo długo; notowane są przypadki, gdzie dopiero po 7 latach*) po wtargnięciu do rany, zarazki przetrwałe wywołują pierwotny obraz tężca.

Przypadek Hürtera różni się od poprzednich tem, że nawroty tężca powtarzały się wielokrotnie w ciągu 4 lat i skończyły się zejściem śmiertelnem.

Podobnie skończył się przypadek nawrotu tężca u kilkuletniej dziewczynki, opisany przez Morcoliego.

Analiza wszystkich tych przypadków nawrotów tężcowych nie pozwala na wyłączenie zarazków, powodujących ponowny rozwój przetrwałych w życiu utajonem w organizmie bakteryj.

Nasz przypadek, zarówno jak i inne, pouczają, że należy nawroty tężcowe traktować tak samo, jak cierpienie pierwotne i leczyć swoiście, stosując przeciwtężcową surowicę i nie oglądając się na możliwość wystąpienia wstrząsu.

Piśmiennictwo.

1) R. v. Stenitzer. Tetanus, Kraus i Brugsch T. II. 1919. — 2) K. Sick. Klinische und bakteriologische Beobachtungen bei Tetanus Württenberg. Medizinisches Correspondenzblatt. 1909. — 3) G. Huber. Zur Symptomatologie und Serumtherapie des Tetanus tranmaticus, Beiträge z. klinischen Chirurgie 1912 Bd. 77. — 4) S. Gerwiener. Uber chronischen Tetanus. M. med. Wochenschr. 1916 Nr. 35. — I. Hürter. Recidiviereuder chronischer Tetanus Med. kl. 1925 Nr. 6. — 6) I. Camus et I. I. Gournay. Tétanos. Nouveau Traité de Medecine Fasc. II. 1922.

*) Brunsel.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

Bromek sodowy jako środek przeciwkrwotoczny.

(Z oddz. W. I. Państw. Szpit. we Lwowie, kier. Doc. Dr. Czernecki; oraz oddz. W. II. Prymarjusz Dr. W. Ziembicki).

Metoda stosowania śródżylnego hipertonicznych roztworów przy krwotokach wewnętrznych, została zapoczątkowaną przez Van der Veldena. Autor ten wstrzykiwał 10% roztwór chlorku sodowego. Metoda ta dzięki swej prostocie znalazła wszechstronne zastosowanie, zaś wyniki lecznicze były bardzo zadowalające. Podobnie też poczęto stosować jako środek przeciwkrwotoczny chlorek wapniowy.

Co do stosowania śródżylnego bromku sodowego panowała wśród autorów wielka powściągliwość w tym względzie. Jednym z momentów grających tu rolę był brak odpowiednich doświadczeń na zwierzęciu. Dopiero w r. 1913 Berneuilli dowiódł na podstawie swych szerokich badań na zwierzętach, że śródżylne podanie bromków nie jest szkodliwem.

Sam Van der Velden polecał też stosowanie bromku sodu zamiast chlorku sodowego przy krwotokach wewnętrznych, lecz tylko podawał go drogą doustną, jak to oddawna czyniono z solą kuchenną. Autor ten dowiódł doświadczeniami na zwierzęciu i doświadczeniami klinicznemi, że bromek sodowy nie ustępuje w działaniu soli kuchennej, podawany *»per os«* przy krwotokach.

Czasami zaś klinicznie okazywał się bromek sodowy skuteczniejszym od soli kuchennej; skutkiem czego polecał on stosować go naprzemian ze solą kuchenną. W ostatnich czasach zajęto się szerzej sprawą śródżylnego stosowania bromku sodu.

Dünner na 33 Kongresie medycyny wewnętrznej poleca śródżylne podawanie tegoż w 30% roztworze przy obrzękach, w tym celu by zastąpiwszy jon Cl. jonem Br. uzyskać odpowiednie odwodnienie ustroju. Lebedjew notuje korzystne wyniki przy leczeniu chorób skórnych i wyprysków wlewaniem dożylnem 1% rozczynu NaBr. względnie wstrzyknięciu 10% NaBr.

Własności uspokajające jonu bromowego pierwszy począł wykorzystywać Alwens, stosując 10% bromek strontu przy bólach rozmaitego rodzaju, a przedewszystkiem przy bólach tabetycznych. Podobną też drogą poszedł Heyman, który rozpoczął na wielką skalę stosowanie soli bromowych przy krwotokach, a zwłaszcza przy krwotokach płucnych. Na pracy wyżej wymienionego autora opieraliśmy się głównie, przeprowadzając doświadczenia własne nad tym środkiem.

Strona teoretyczna skutecznego działania rozczynów hipertonicznych przy krwotokach nie jest zupełnie wyjaśniona, jak też wogóle cała kwestja tej tak zw. przez Niemców osmoterapji.

Dowiedzionym jest faktem, że działanie przeciwkrwotoczne posiadają w równej mierze rozczyny hipertoniczne najrozmaitszych soli, jak: NaCl, $CaCl_2$, NaBr, Na_2SO_4 a nawet hipertoniczne rozczyny cukru gronowego.

Jasnym wobec tego jest fakt, że działanie nie może być związane z którymkolwiek z anjonów czy też katjonów, lecz zależy ono wyłącznie od stężenia osmotycznego, od faktu, że dany roztwór jest hipertoniczny.

Obserwując bliżej procesy odbywające się we krwi po wprowadzeniu roztworu hipertonicznego, stwierdzamy, że napięcie osmotyczne krwi ulega zmianie, że zostaje zaburzona izotonja między krwią a tkankami. W pierwszym momencie jest oczywiście krew hipertoniczną względem tkanek. Hipertonja ta powoduje, że krew rozpoczyna przyciągać wodę z tkanek skutkiem czego przychodzi do rozcieńczenia krwi, do objawu zwanego *»plethora hydraemica«*, skutkiem czego znajdujemy zaburzenia w ilościowych stosunkach c. czerwo-

nych, surowicy, soli kuchennej i białka. Następnie powoli znika owo zjawisko dzięki czynnościom narządów wewnętrznych i nerek, powraca z powrotem stan prawidłowy we krwi zwykle po 40—60'.

Jak wytłumaczyć sobie działanie przeciwkrwotoczne na podstawie powyższych danych? Istnieją dwie teorje. Pierwsza porównuje zjawisko to do zjawiska wysalania białka z surowicy, stosowanego tak rozlegle w chemji. Przez wprowadzenie krystaloidów do krwi ma wypadać fibrynogen i ułatwiać tem samem krzepnienie.

Jednak trudno przyjąć tę teorję, gdyż zjawisko przesolenia krwi trwa tylko kilka minut i ustępuje natychmiast stanowi »plethory hydremicznej«. Lepiej tłumaczy ten fakt teorja druga, postawiona przez Van der Veldena. Mianowicie twierdzi on, że w okresie, w którym mamy do czynienia z przechodzeniem płynu tkankowego do osocza mamy do czynienia równocześnie z wyługowaniem z tkanek trombokinazy, która przechodząc do krwi wpływa korzystnie na proces krzepnienia krwi.

Przy stosowaniu bromku sodowego wchodzi w rachubę jeszcze jon Br, który ma własności uspokajające. Własności powyższe są pożądane przy krwotokach, gdyż podniecenie chorego bywa momentem sprzyjającym powtórzeniu się krwotoku. Ponad to sole bromowe nie działają zupełnie na rdzeń przedłużony, na centra oddechowe i kaszlowe, co może być w pewnych przypadkach pożądane.

Działanie uspokajające bromu jest widoczne w kilka minut po wstrzyknięciu, gdy tymczasem po podaniu doustnem działanie staje się widocznem dopiero po kilku godzinach. Zato działanie jego jest krótsze.

Bromek sodowy stosujemy w roztworze 10% w ilości 10 ccm na dawkę śródżylnie. Roztwór ten nie jest właściwie izotonicznym roztworem 10% NaCl a właściwie powinien być 17.7%, jednak w praktyce okazał się wystarczający. W wyjątkowych przypadkach stosowaliśmy skutecznie roczyny 15% w ilości 3 gr. na dawkę.

Przechodząc do wyników leczniczych należy stwierdzić, że nasze wyniki lecznicze są zgodne z wynikami leczniczemi otrzymanemi przez Heymana.

Stosowaliśmy bromek sodowy w szeregu przypadków krwotoków płucnych, gdzie okazał się dobrym środkiem przeciwkrwotocznym, nieustępującym w działaniu chlorkowi sodu i chlorkowi wapnia. Często krwotok ustawał po jednem wstrzyknięciu; czasem trzeba było wstrzyknięcie kilka razy powtórzyć, zaś można je powtarzać 2 i 3 razy dziennie.

Zato dał się zauważyć korzystny wpływ uspokajający bromku sodowego, co szczególnie widoczne było u kobiet. Chorzy zapadali często w sen tak bardzo pożądany, bez użycia żadnych innych środków nasennych.

Ponadto stosowany był bromek sodowy przez jednego z kolegów (Dr. Kuhl) w przypadku »*Thrombopenia essentialis*« w okresach kiedy chory dostawał napadów krwawienia. Środek ten nie zawodził nas nigdy w tym przypadku, gdzie stosowanie innych środków przeciwkrwotocznych zawodziło zupełnie. Przed operacją (splenektomia) wstrzyknięto 3 gr. bromku sodowego. Chory zniósł zabieg doskonale.

Co do działań ubocznych, nie zauważyliśmy nic niekorzystnego. Zaś zaletą bromku sodu w przeciwieństwie do chlorku wapnia, jest fakt podnoszony przez Heymana, a mianowicie brak przykrych objawów naczynioruchowych występujących po wstrzyknięciu $CaCl_2$. Ponadto w miejscu wstrzyknięcia nie zauważyliśmy żadnych zmian.

Reasumując powyższe dane należy stwierdzić, że: bromek sodowy jest dobrym środkiem przeciwkrwotocznym, nieustępującym w działaniu chlorkowi sodu i chlorkowi wapnia, a posiadającym cenne zalety uspokajające, i niedającym przykrego zespołu objawów naczynioruchowych.

Wykłady i odczyty.

Dr. med. Zygmunt KRAMER. Sieniawa.

Lecznictwo ropnego zapalenia miedniczek nerkowych *).

Zanim przystąpię do omawiania sposobów leczenia wydaje mi się koniecznem przedstawić choćby poglądowo objawy i etjologję ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i zwrócić uwagę na omyłki rozpoznawcze, wynikające z częstego usadawiania się tej choroby po stronie prawej, bo aż w $^2/_3$ wszystkich przypadków.

Rozprzestrzenianie się bólu po prawej stronie brzucha i wspólne objawy z ostrym atakiem kamicy wątrobowej i zapalenia wyrostka robaczkowego dały niejednokrotnie powód do zbytecznego otwarcia jamy brzusznej, co ani dla chorego, ani dla sumienia obowiązkowego lekarza nie może być obojętnem. Przeto poczytanem musi być za błąd sztuki pominięcie zbadania osadu moczowego pod drobnowidem w przypadkach schorzeń gorączkowych, połączonych z objawami bólu w prawej połowie brzucha. Należy pamiętać, że prawa strona brzucha, (jak się wyraża Pollitzer [1]), to wielki dworzec przetokowy dla rozmaitych schorzeń, i że należy o wszystkich możliwościach pamiętać i wyczerpać sposoby badania zanim wypowie się ostateczne zdanie i radę.

Pierwszy zwrócił uwagę na tę chorobę Escherich w roku 1894, opisnjąc częste występowanie ropnego moczu u dzieci. Ale dopiero w roku 1906 przedstawił Lenhartz na kongresie przyrodników w Stuttgarcie sprecyzowany opis *pyelitis* i sposobów leczenia tejże. Leczenie to dzisiaj ma już znaczenie raczej historyczne. Również zespół objawów opisany przez Lenhartza został uzupełniony tak przez internistów jak i ginekologów.

W symptomatologji *pyelitis* wysuwają się na czoło 3 przewodnie objawy: gorączka, bóle nerkowe, i charakterystyczny mocz. Do tych 3 podstawowych objawów dołączają się: nagłe wystąpienie wśród zupełnego zdrowia; dreszcze, najczęściej w początkach choroby; dolegliwości żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wymioty, a czasem i biegunka; bole głowy i ogólne osłabienie; parcie na mocz i bolesność przy i po oddaniu moczu.

Bole wychodzące z okolicy chorej nerki rozprzestrzeniają się albo po całym brzuchu, albo promieniują wzdłuż moczowodu do pęcherza. Czasem promieniują w stronę pęcherzyka żółciowego, lub usadawiają się w punkcie Mack-Burneya. Okolica chorej nerki po stronie lędźwiowej wykazuje prócz samoistnych bolów, silną bolesność na wstrząśnięcie. (Objaw Goldflamma). Zarazem występuje tam przeczulica skóry i wzmożone napięcie mięśni lędźwiowych, które się daje czasem już gołem okiem stwierdzić. Wzmożone napięcie mięśni przenosi się często na odpowiednią połowę brzucha. Takie »*defense musculaire*« po stronie prawej może się stać przyczyną błędu rozpoznawczego. W jednym z moich przypadków promieniowały bole w okolicę stawu biodrowego.

Krew badana w początkach choroby wykazuje leukopenję, a dopiero po kilku dniach występuje leukocytoza (Pollitzer [2]), która się utrzymuje już na stałe. Dawniej utrzymywano, że przy *pyelitis* występuje stale leukocytoza i na tej podstawie chciano różniczkować *pyelitis* z durem brzusznym. Jak widzimy w początkach choroby ten sposób zawodzi.

Z przytoczonych objawów występują niektóre we formie zmiennej. I tak gorączka jest raz ciągłą i trwa od 8—14 dni, to znowu ma charakter zwalniającej lub hektycznej, czasem jest podobną do malarycznej, a często wygląda jak gorączka przy durze powrotnym. Kończy się albo krytycznie albo litycznie.

Bole nerkowe wzmagają się przy wdechu, więc może to

*) Według wykładu wygłoszonego na Zebraniu Oddziału jarosławskiego Towarz. lekarzy Małopolski dnia 18. kwietnia 1918 r.

[1]) Pollitzer: Zur Diagnose der akuten Zystopyelitis Med. Klin. Nr. 51. z 1924 r.

[2]) Pollitzer, jak wyżej.

mylić ze zapaleniem płuc lub opłucnej. Jeśli bole występują napadowo i są połączone z objawami żołądkowo-jelitowemi, to może to mylić z kamicą nerkową, a przy prawostronności z kamicą wątrobową i zapaleniem wyrostka robaczkowego, tembardziej jeśli dołączy się »*defense musculaire*«. Ogólnie ciężki stan, bole w krzyżach, wysoka gorączka, tętno niezbyt przyśpieszone może mylić z durem lub grypą. We wszystkich tych przypadkach wyprowadza nas z lasu domysłów badanie moczu.

Nie wystarcza tu jednak zbadać wygląd, odczyn i składniki chemiczne moczu. Danych rozpoznawczych dostarczy nam dopiero drobnowidowe zbadanie osadu moczowego i to moczu wziętego jałowo. I przedtem badaniem nie powinniśmy się cofnąć w żadnym przypadku niezupełnie jasnego przypadku gorączkowego, jeśli chcemy się ustrzec od niemiłych niespodzianek.

Mocz chorych na zapalenie miedniczek nerkowych przedstawia wygląd niejednolity, bo zależny jest od nasilenia i stadjum choroby. W ostrym okresie choroby jest zupełnie lub prawie przejrzysty i daje początkowo mało osadu. Z postępem choroby i w miarę ustępywania ostrych objawów przyjmuje wygląd mętnego z obfitym kłaczkowatym osadem. Czasem już można gołem okiem rozpoznać drobne, jakby w zawiesinie będące grudki żółtawo szare, składające się z ropy. Odczyn moczu jest przeważnie wybitnie kwaśny. Jülich[3]) podaje, że na 215 badanych przypadków znalazł w 85% odczyn moczu kwaśny, w 4% obojętny, a w 11% zasadowy. Dość znaczny odsetek odczynów zasadowych u Jülich'a da się wytłumaczyć tem, że brane pod uwagę przypadki odnosiły się w znacznej części do następowego zapalenia miedniczek nerkowych wskutek przewlekłych nieżytów pęcherza moczowego. Białka zawiera mocz tych chorych tylko ślady, a znaczniejszy odsetek białka wskazuje na przejście procesu zapalnego z miedniczek na miąższ nerkowy i wtedy mówimy o *pyelonephritis*. Próba Hellera daje szerokie zmętnienie ponad powierzchnią zetknięcia się kwasu z moczem, które pochodzi od zawartej w moczu ropy i drobnoustroji. Osad badany pod drobnowidem wykazuje śluz, znaczną ilość ciałek białych, nieco krwinek, których ilość może być znaczniejsza przy *pyelitis calculosa*, następnie charakterystyczne komórki gruszkowatego kształtu, pochodzące z nabłonka miedniczek i wielką ilość bakteryj. W około 90% przypadków bakterjami temi są krótkie, grube pałeczki, o zaokrąglonych końcach, mało ruchliwe bakterje okrężnicy *(Bact. colli)*. Dawniej uważano, że jedynie te drobnoustroje wywołują zapalenie miedniczek nerkowych. Pokazało się jednak, że to samo potrafią: *staphylo-strepto-coccus*, *proteus vulg.*, *pneumococcus*, *pneumobacillus Friedländera*, prątki duru brzusznego, paradurowe, bakterje ropy błękitnej, dysenterji i wiewióra.

Jeśli chodzi o częstość występowania chorobotwórczych drobnoustrojów w *pyelitis* to, podam za Jülichem[4]), który w swym materjale znalazł w 62,6% *bacterium colli*, 23,2% *staphylococcus*, w 9% *streptococcus*, w 2% *proteus vulg.*, w 1,3% *b. pyocyaneus*, w 1,3% *b. paratyphi*, a w 0,6% *pneumococci*. Rzadsze występowanie laseczek okrężnicy na korzyść innych w tem obliczeniu muszę odnieść do doboru przypadków tego autora, o którym już poprzednio powiedziałem, że obejmował znaczną ilość zapaleń miedniczek wtórnych. Tenże autor obliczył, że w *colipyelitis* mają przewagę kobiety, a w *strepto* i *staphylo-pyelitis* mężczyźni. Zauważyć już teraz muszę, że najszczęśliwiej leczy się *colipyelitis*.

Na zakończenie charakterystyki zapalenia miedniczek nerkowych muszę podnieść swoistą tej chorobie naprzemienność. Ostre napady gorączki, dreszczy, bolów nerkowych i zaburzeń żołądkowo-jelitowych przy moczu względnie czystym są przerywane okresami względnego zdrowia z moczem mętnym, o znacznej ilości śluzu i osadu kłaczkowatego. *Pyelitis* występuje najczęściej jednostronnie, w znacznej części prawostronnie, nierzadkiem jest i obustronne zajęcie miedniczek nerkowych. Wśród chorych przeważa płeć żeńska.

W sprawie sposobu powstawania zapalenia miedniczek nerkowych zdania są jeszcze nieustalone. Podczas gdy Niemcy pierwotnie uważali ascenzję za jedyny sposób powstawania zakażenia, wystąpili Amerykanie, a za nimi wielu innych z teorją wysiewania zarazków z krwi drogą kanalików nerkowych. Od czasu kiedy Franke odkrył naczynia limfatyczne, łączące *colon ascendens* z prawą nerką, przyjęto i tę drogę za możliwą do przetransportowania zarazków. Allard[5]) popiera tę możliwość własnemi spostrzeżeniami na mężczyznach, którzy po przebytem zapaleniu woreczka żółc. i wynikłych z tego zrostach woreczka żółciowego z jelitem grubem zapadli na zapalenie miedniczek nerkowych. Odgrywała tu oczywistą rolę koprostaza. Zarazem podaje, że w kilku przypadkach *pyelitis*, opierających się wszelkim sposobom leczniczym, przy równoczesnem zaparciu stolca, uzyskał dobre wyniki przez podanie środków przeczyszczających.

Naczynia limfatyczne Frankego nie mają jednak znaczenia dla częstszego występowania *pyelitis* u ciężarnych po stronie prawej. Tu odgrywa większą rolę opadanie ciężarnej macicy w stonę prawą i nagniatanie prawego moczowodu. Z powodu tego ucisku spływanie moczu w moczowodzie prawym staje się wolniejszem, a w ten sposób wywołany zastój moczu zmniejsza odporność nabłonka miedniczki nerkowej. Zarazem wytworzony przy tej sposobności słup moczu sprzyja posuwaniu się bakteryj z pęcherza moczowego do miedniczki nerkowej. Stąd też prawostronne zapalenia miedniczek nerkowych u kobiet ciężarnych są prawie regułą, a częstość u kobiet dorosłych znaczniejsza. Do częstości u płci żeńskiej przyczynia się bliskie sąsiedztwo otworu stolcowego i otworu cewki moczowej.

Za przewędrowaniem zarazków z jelita oświadcza się Runge[6]), który podaje przypadek wystąpienia *pyelitis* u noworodka wskutek nagłego przejścia do sztucznego odżywiania i wprowadzenia do jelita bakteryj okrężnicy we większej ilości. Tegoż samego zdania jest i Pollitzer[7]).

Przeciw drodze zstępującej zakażenia występował szereg autorów, motywując swoje stanowisko tem, że przy tak znacznej bakterjemji i bakterjurji jaka ma miejsce w licznych chorobach zakaźnych, dość wspomnieć o durze, nie przychodzi do zapalenia miedniczek nerkowych. Klasycznemi pracami, które bronią tego stanowiska, są prace Schottmüllera i ucznia jego Leviego, którzy spostrzegali obfity wysiew *bact. coli* do krwi przy septycznych poronieniach, a szczególnie po wypróżnieniu sztucznem macicy. Przy tych koliemjach występowały koliurje, raz nawet silna, a jednak ani w jednym przypadku nie zapadły chore na zapalenie miedniczek nerkowych.

Jeszcze jedną możliwość wysnuwają badacze, przeniesienie się zakażenia drogami limfatycznemi, które biegną wzdłuż moczowodów od pęcherza do nerki. Jednak i ta teorja nie ma dostatecznych, dowodów.

Jak widać z tego najwięcej danych do przyjęcia ma zakażenie drogą wstępującą. Nie można jednak odmówić racji bytu innym teorjom i należy przyjąć, że zakażenie może się przenieść też drogą krwi i przez naczynia Frankego, tylko że do wywołania zapalenia miedniczek nerk. nie wystarcza sama obecność zarazków. Aby zarazki mogły wywołać zapalenie miedniczek nerkowych konieczne są warunki sprzyjające, które ułatwiają wywołanie zakażenia. Do takich warunków sprzyjających należą czynniki zewnętrzne i wewnętrzne.

Do czynników zewnętrznych zaliczamy:

1. Czynniki cieplne.
2. Czynniki mechaniczne jak:
   a) zastój moczu i następowe rozszerzenie dróg moczowych,
   b) kamica nerkowa,
   c) uraz,
   d) przekrwienie wskutek blizn pooperacyjnych i zrostów po schorzeniach ginekologicznych,
   e) ucisk ciężarnej macicy,
   f) anomalje moczowodu i położenia nerki.

Do czynników wewnętrznych zaliczamy:

1. Miesiączka,

Ad [3]) i [4]). Jülich. Zur Klinik der Pyelitis. Med. Klin. Nr. 49. r. 1923.

[5]) Allard. Karlsbader ärztliche Vorträge 1924 (Band 6).
[6]) Runge. Zentralbl. f. Gynecolog. N. 8. 1923 r.
[7]) Pollitzer jak wyżej.

2. Skaza gośćcowa.
3. Skaza moczanowa.

Omówiwszy w ten sposób objawy i sposoby powstawania *pyelitis,* mogę przystąpić do właściwego tematu, do omówienia sposobów leczenia.

Najstarszą metodą leczenia jest sposób podany przez Lenhartza, o którym już na początku wspomniałem, że dzisiaj należy do historji. Polegał on na podawaniu choremu znacznych ilości płynów w celu przepłukania miedniczek nerkowych. W działanie urotropiny Lenhartz nie wierzył i nie dziwota, bo przy tak znacznem rozcieńczeniu i alkalizowaniu moczu wodami mineralnemi, n. p. Wildungen, którą Lenhartz polecał, nie mogła zadziałać urotropina.

Tem też tłumaczy się znikoma liczba wyleczonych przypadków tego autora, bo zaledwie 16 na 80 leczonych. Tylko w 16 przypadkach uzyskał on wolny od bakteryj okrężnicy mocz, a wiadomem jest przecież jak często zapalenia miedniczek nerk. na tle prątka okrężnicy mają charakter dobrotliwy. Już dość wspomnieć o *pyelitis gravidaram,* które często ustępuje z rozwiązaniem ciąży, albo leczy się szczęśliwie we wielu przypadkach przez samo ułożenie ciężarnej na lewy bok. Ten fakt zmniejsza jeszcze bardziej znaczenie i tak już nikłego wyniku.

Nie zwracano wtedy uwagi na to, że urotropina działa w podłożu kwaśnem, że jej stężenie winno być znaczne, że tak obojętny, jako też słabo-kwaśny mocz jest najlepszą pożywką dla *bact. colli.* Dopiero w wybitnie kwaśnym moczu nie mogą się te drobnoustroje rozwijać. Dlatego też żywienie chorych mdłą dietą i wodami alkalicznemi prowadzi do opacznych skutków, bo pomaga dalszemu rozwojowi prątka okrężnicy w moczu.

Powyżej podane fakty co do stężenia i kwasoty moczu wyzyskali Meyer i Betz w swej metodzie leczenia i polecili podawanie mięsa, mleka i kwasów, zaś ograniczenie ilości płynów i wyeliminowanie jarzyn. Celem zagęszczenia moczu polecili parówki. Tą metodą nie można było jednak dojść do bezbakteryjnego moczu, a więc, do zupełnego wyleczenia zapalenia miedniczek nerk., mimo racjonalnych podstaw metody. Musiano więc szukać dalszych sposobów, zapewniających doszczętne zniszczenie zarazków.

Takim dalszym etapem jest metoda Haasa. Polega ona również na zagęszczeniu i silnem zakwaszeniu moczu z równoczesnem podawaniem środków odkażających. Haas ogranicza podawanie płynów do 600 cm sz. dziennie, z czego trzysta cm sz. podaje jako lemoniadę z kwasem fosforowym według recepty: *Acid. phosph. 50,0 — Sirup. rub. id. 50,0 — Aqu. dest. ad 1000,0.* Ze środków odkażających poleca urotropinę 3 gr. *pro die* z 4 gr. *natr. salicyl.* lub aspiryny. Prócz tego poleca procedury zmierzające do wywołania potów; jak n. p. komorę cieplną. Przeciw parciu na mocz podaje belladonę i morfinę.

Metodę Haasa w połączeniu z dietą Mayer-Betza poleca G. Daniel[8]) i podaje, że już przez samo zmniejszanie się ilości moczu ustępuje parcie na mocz.

Połączenie tych metod nie nadaje się do zastosowania przy *pyelo-nephritis,* ponieważ chora nerka nie jest w stanie zagęścić moczu do tego stopnia co zdrowa i cała procedura chybia celu.

Allard[9]) podaje chorym na czczo 1 gram urotropiny z małą ilością płynu, w 2 godziny potem pozwala zjeść śniadanie, a dopiero po śniadaniu pozwala pić większe ilości płynów. W ten sposób doprowadza on stężony roztwór urotropiny do miedniczek nerkowych, a przez późniejsze pobieranie płynów nerki zostają przepłukane. Na noc poleca znowu podać 1 gr. urotropiny w małej ilości płynu. Allard poleca swój sposób w początkach ostrych napadów, a następnie przejście do metody Meyer Betz-Haasa. Podobny wynik daje dożylne wstrzykiwanie roztworów urotropiny.

Zamiast urotropiny możemy użyć całego szeregu środków zastępczych, które prócz działania urotropiny mają własność zakwaszania moczu i przez to wyzyskuje się lepiej odkażającą siłę aldehydu mrówkowego. Z tych środków wymienię: *Acidolamin=acidol*+urotr., *Allotropina*=kw. fosfor. +urotr., *Amphotropina*=kw. kamforowy+urotr., *Borovertyna*=kw. borowy + urotr, *Cylotropina = natr. salicyl.* + *coffeina* + urotrop. *Cystopuryna = natr. acet.* + urotrop., *Helmithol*+kw. cytrynowy+urotrop., *Hetralin* = rezorcyna + urotrop., *Hexal*=kw. sulfosalicyl.+urotrop., i *Neohexal.* Najlepsze w skutkach jest połączenie urotropiny z kwasem salicylowym w postaci salicylanu sodu, aspiryny i t. p., albowiem oprócz własności zakwaszających posiada kwas salicylowy własności odkażające mocz.

Stosowanie leków dożylnie zapoczątkował Gross, wstrzykując neosalwarsan. Neosalwarsan okazał się jednak mało skutecznym przy zapaleniach miedniczek nerk., za wyjątkiem zapaleń miedniczek nerkowych powstałych na tle rzeżączki. Dość dobre wyniki daje wstrzykiwanie dożylne urotropiny w stężeniach 20% do 40% przy jednoczesnem zakwaszaniu moczu. Wielu autorów chwali działanie wstrzykiwań dożylnych przetworów koloidalnego srebra w połączeniu z barwikami.

Na pierwszy plan wysuwają się tu argoflawina i argochrom.

Krakowska klinika prof. Orłowskiego[10]) poleca specjalnie dożylne wstrzykiwania argoflawiny jako środka silnie odkażającego. Natomiast Latkowski, Romer i Kościuszko[10]) twierdzą, że argoflawina działa słabo przy *colipyelitis,* a jest skuteczną tylko w razie wywołania zapalenia miedniczek nerkowych przez inne bakterje. Oświadczają się oni natomiast za stosowaniem szczepionek. Zanim jednak przystąpię do omówienia leczenia szczepionkami muszę jeszcze wrócić do drugiego przetworu srebrowego, do argochromu.

Argochrom poleca gorąco Duzar[11]). Podaje on, że miał nadzwyczaj dobre wyniki przy najcięższych przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, przebiegających wśród ciężkich objawów posocznicy. Wstrzykiwał, zależnie od wieku dziecka, $^1/_2$ do $1^1/_2$ cm sz. argochromu do *sinus longitudinalis,* odpuściwszy poprzednio 10—15 cm sz. krwi. Równocześnie stosował wlewania podskórne roztworu Ringera w ilości 300 cm sz. z dodatkiem tonogenu, oraz zarządzał wstrzymanie podawania pokarmów. Towarzyszenie ciężkich objawów septycznych zapaleniu miedniczek nerk. u dzieci i osesków tłumaczy Duzar skłonnością niektórych dzieci do posocznic, a jako momenty wyzwalające uważa przeziębienie i zaburzenia trawienne.

Heynemann[12]) poleca trypaflawinę. Po dwudniowem zakwaszaniu moczu przez podawanie 10 kropel *acid. muriat. dil.* trzy razy dziennie i ograniczenie płynów do 600 gr. dziennie, wstrzykuje on na 3 i 4 dzień po 10 cm sz. 2% roztworu trypaflawiny dożylnie, a na 5 dzień podaje duże ilości herbaty w celu przepłukania miedniczek. W razie potrzeby powtarza ten cały proceder na 6 dzień.

Na tem wyczerpałby się arsenał środków używanych na drodze poprzez nerki we walce z ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych. Z kolei zajmę się metodami dążącemi do zniszczenia zarazków drogami pośredniemi, przez podniesienie odporności tkanek.

Do tych metod należą leczenie szczepionkami i proteinoterapja.

Jeśli chcemy mówić o leczeniu szczepionkami, to za takie możemy jedynie uważać leczenie autoszczepionkami bo używanie swoistych szczepionek nie różni się wiele od zastosowania nieswoistych ciał białkowych i dlatego musi być omawiane pod wspólną nazwą proteinoterapji.

Adam podał bardzo prosty sposób, którym każdy praktyk może sam przygotować autoszczepionkę swego chorego. Mianowicie 10 cm sz. moczu jałowo pobranego, ustawia się w jałowej próbówce na 24—48 godzin w pokoju o równomiernej ciepłocie. Mocz ten po 24 godzinach zmętnieje z powodu rozmnożenia się drobnoustrojów. Do zmętniałego

[8]) G. Daniel. D. m. W. 1922 N. 49.
[9]) Allard, jak wyżej.

[10]) Posiedzenie naukowe Krak. Tow. Lek. z 29. X. 1924 r.
[11]) Duzar. Therap. der sept. Pyelitis im Säuglingsalter. M. Kl. 1924 N. 33.
[12]) Heynemann. Behandl. der Pyel. gravidarum. Ther. d. Gegenw. 1925 N. 1.

moczu dodaje się 5 kropli chloroformu i 0,5 grama *acid. carbol. liq.* wstrząsa dokładnie całą zawartość i odstawia na 24 godzin. Po wytrąceniu osadu płyn jest gotowy do zastrzyknięcia. Wstrzykuje się pierwszy raz 0,1 cm sz. i stopniuje o 0,1 cm sz. aż do otrzymania silnego odczynu miejscowego.

Autowakcynacja ma wielu zwolenników, ale nie brak jej też przeciwników. Nie jest ona metodą idealną jednak jest godną próby w przypadkach uporczywych, a co najmniej zasługuje na użycie jej w połączeniu z innemi metodami.

Bardziej zadowalające wyniki daje proteinoterapja. Najbardziej dostępnym preparatem jest mleko, które wcale nie ustępuje drogim, sztucznym preparatom. Wstrzyknięcie mleka domięśniowo niejednokrotnie sprowadza zwrot ku lepszemu w przewlekłych i upartych zapaleniach miedniczek. Allard poleca *Aolan.* Framm [13]) poleca *Coli-* i *Staphylo Yatren.* Rozpoczyna zastrzykiwania jednym cm sz. Nr. III. i powtarza zastrzykiwania co drugi dzień, podwyższając stopniowo do 5 cm sz. Unika przy tem silniejszych odczynów ogólnych. W razie braku wyników używa Nr. IV., rozpoczynając zaraz od 3 cm sz. Covie, amerykanin, poleca surowicę końską i miał już po trzech wstrzyknięciach otrzymać mocz bezropny. Do tegoż samego celu możemy użyć krwi chorego lub zwierzęcej, jak to już w roku 1667 uczynił po raz pierwszy Denis. Wszystkie te ciała działają według Schmidta w ten sposób, że sprowadzają w miejscu schorzałem przegrupowanie przepływu soków, a jak Weichardt tłumaczy aktywują one protoplazmę tak tkanki schorzałej, jakoteż całego ustroju, który wydobywa maksimum swej energji dla pokonania chorobotwórczych czynników.

Zdarza się jednak, iż mimo wszelkich starań i użycia wyżej opisanych sposobów leczenia drobnoustroje nie znikają z moczu.

Nie pozostaje wtedy nic innego jak leczenie miejscowe. Szkoła Schottmüllera poleca odpuścić mocz jak najszerszym zgłębnikiem i wstrzyknąć do pęcherza 2% roztwór azotanu srebra. Wstrzyknięty płyn zatrzymać w pęcherzu możliwie przez 5 minut, odpuścić przez cewnik i przepłukać kilkakrotnie fizjologicznym roztworem soli, aż do otrzymania klarownego płynu. Ewentualne dolegliwości łagodzi się narkotykami. Płukanie należy powtórzyć po 4 do 5 dniach. Po kilku płukaniach można doprowadzić do wyleczenia. Schottmüller podaje, że uzyskał wyleczenie w 82%. Po płukaniu roztworem lapisu powiększa się ilość leukocytów i ukazują się krwinki w moczu. Jednak to zaostrzenie ustępuje szybko i mocz staje się klarownym. Przy *pyelitis gravidarum* użycie 2% lapisu i silne drażnienie pęcherza moczowego nasuwa poważne obawy poronienia i dlatego lepiej jest użyć łagodniejszych środków. Metoda ta jest szczególnie odpowiednią przy zapaleniach miedniczek powstałych na tle schorzeń pęcherza moczowego.

Czasem i ta metoda jest niewystarczającą, a wtedy zmuszeni jesteśmy przystąpić za radą Holwega do płukania miedniczek nerkowych. Już samo cewnikowanie moczowodów wystarcza niekiedy do wyleczenia zapalenia. Przywraca ono bowiem drożność moczowodu i opróżnia dokładnie miedniczkę nerkową. Do płukania miedniczki nerkowej nadaje się roztwór 1‰ *argenti nitr.*, a jeszcze lepszym jest roztwór kollargolu lub argcflawiny.

Przy leczeniu uporczywych zapaleń miedniczek nerkowych należy pamiętać o fakcie, znanym zresztą w bakterjologji, a wykazanym przez Sterna. Mianowicie, że drobnoustroje pozostające we walce z chorym organizmem zyskują na zjadliwości i oporności względem zaczynów obronnych ciała, a tem samem i względem stale używanego środka leczniczego.

Z tego wynika, że nie należy się trzymać niewolniczo raz obranego środka leczniczego, lecz często zmieniać przetwory, aby tem intenzywniej działać na zarazki.

Której metody przedewszystkiem użyć, trudno powiedzieć. Nasz zawód jest za wiele sztuką, a za mało rzemiosłem i lekarz musi intuicyjnie odczuć, co w danym przypadku będzie najlepszem. Jedno tylko śmiało polecić mogę. Zacząć od środków i sposobów łagodniejszych, albowiem często już na tych sposobach można poprzestać.

[13]) Framm, M. m. W. 1924 N. 26.

Wyniki leczenia należy koniecznie kontrolować drobnowidowo. Nie wolno się łudzić przejrzystym wyglądem moczu, ale też niepotrzebne jest wdawanie się w mozolniejsze badania bakterjologiczne. Wystarczy oglądnąć pod drobnowidem odwirowany osad jałowo pobranego moczu i stwierdzić, że ciałek ropnych i drobnoustrojów brak.

Skoro już raz stwierdziliśmy bezbakteryjny mocz, a śluz z moczu, jako ostatni objaw nieżytowy jeszcze nie ustąpił, wtedy odzyskuje swoje prawa leczenie wodami mineralnemi. Odpowiedniej wody dostarczy Szczawnica, Rymanów i Krynica, a ze zagranicznych Wildungen.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik chorób zakaźnych, wydawany pod redakcją St. Sterling-Okuniewskiego. Zeszyt III., nakład Książnicy-Atlasu, Lwów-Warszawa 1924. Cena 12 złotych.

Zeszyt objętości 258 stron, zawiera w tekście 49 objaśniających go rysunków i 4-ry barwne tablice. Strona zewnętrzna książki przedstawia się tak samo korzystnie, jak poprzedniego zeszytu, z którego zdawałem sprawę w ubiegłym roku. Na treść zeszytu składają się:

Osiński: Gorączka powrotna.
Gieszczykiewicz: Żółtaczka zakaźna.
Sterling-Okuniewski: Gorączka po ukąszeniu przez szczury.
Korzon: Zimnica.
Zieliński: Grypa, Influenca.
Sterling-Okuniewski: Dur plamisty.
» Gorączka okopowa.

Nie omawiam każdej monografji z osobna, bo pisząc niniejsze sprawozdanie musiałbym się powtarzać. Stwierdzam tylko, że każdy z artykułów napisany jest bardzo dobrze, a razem wzięte stanowią podręcznik wielkiej wartości zarówno dla lekarza jak studenta. Znajdzie w nim czytelnik wiadomości z zakresu epidemjologji, etjologji kliniki i terapji wymienionych jednostek chorobowych, — wiadomości oparte na doświadczeniach ostatnich lat. Wiadomo zaś, ile zdobyczy w tym kierunku przyniosły lata wojny! Muszę jednak zwrócić uwagę, że na str. 130 autor napisał »sposobem Ziehla« zamiast barwikiem Ziehla, a na str. 176 razi wyraz: »przeszprycowywanie«. Ale usterki te, zalet książki nie umniejszają.

Pod adresem P. T. Redakcji śmiem dodać, że bardzo jest pożądaną rzeczą, by następne zeszyty omawianego podręcznika ukazywały się w krótszych odstępach czasu niż dotychczas. Czeka na nie zarówno student jak i lekarz!!

Kostrzewski.

Koby (z Bazylei). **Mikroskopja oka żyjącego (Microscopie de l'oeil vivant).** Ósemka, stron 240, rycin 43. Masson et Cie. 1924. Cena 25 Fr.

Francuskie piśmiennictwo okulistyczne, okresu powojennego, okazuje dużą żywotność w dziale wydawania podręczników. Nowym tego dowodem Mikroskopja oka żyjącego Dr. Koby, która świeżo wyszła z druku, nakładem znanej chlubnie w Polsce firmy Massona. Autor w pracy swej kładzie duży nacisk na metody badania i zapoznaje czytelnika, w każdym rozdziale dzieła, przedewszystkiem z obrazem stanu fizjologicznego danej części oka, jakoteż ze zmianami wrodzonymi i starczymi a na końcu dopiero opisuje zmiany urazowe i zmiany patologiczne, tak, jak one się nam przedstawiają pod drobnowidem obuocznym w świetle lampy szczelinowej Gullstranda. Mikroskopja oka żyjącego, to młoda jeszcze gałąź nauki, wiele dotąd obiecująca, ale wymagająca wielkiej wprawy, nietylko w samej technice badania, ale i w interpretacji widzianych obrazów. Podręcznik Dr. Koby napisany zwięźle a jasno, niewątpliwie przyczyni się do ułatwienia pracy przy mikroskopji oka, tak, że zapewne spełni się, wypowiedziane w przedmowie, życzenie autora, aby początkujący badacz, po przeczytaniu jego książki, z jednej strony łatwiej widział zmiany istniejące, a z drugiej nie widział zmian patologicznych tam, gdzie ich nie ma.

A. Bednarski.

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift f. Augenh.

T. V. Z. 1/2 luty 1925.

Heine. **Zaćmy w związku z tetanją i miotonją.** Autor przytacza 15 przypadków zaćmy. 4 w związku z tetanją u kobiet, 1 u mężczyzn. W jednym z tych przypadków wystąpiła tetanja i zaćma w 20 lat po wycięciu wola, w drugim przypadku w kilka miesięcy po operacji wola.

Dalsze 10 przypadków zaćmy pozostawały w związku z miotonją. Z tych 3 dotyczyło kobiet. W jednym przypadku stwierdzono miotonję i zaćmę u matki i syna.

U 2 braci była miotonja o typie Thomsa, w innych przypadkach zanikowa.

W lampie szczelinowej stwierdzono w przypadku, dotyczącym matki i syna, u matki zmętnienie soczewki tuż pod przednią torebką z warstwą ziarnistą, u syna zaćmę torebkową tylną. Zaćmy przy tetanji są typu torebkowego z 1 lub 3 warstwami zmętnienia, albo też jądro jest zmleczałe, a warstwy korowe czyste. Na 130.000 chorych ocznych spostrzegano 2.236 zaćm, na 8.000 chorych jedna zaćma z miotonją lub tetanją.

Fliri. **W sprawie pierwotnej zmiany (Primäraffekt) sympatycznego schorzenia.** Autor przechodzi wszystkie teorje, tłumaczące powstanie zapalenia współczulnego oka. Nie jest udowodnione, czy zapalenie powstaje na drodze zewnętrznej, czy na drodze wewnętrznej. Próby, w celu wykazania zakażenia na drodze zewnętrznej, zawiodły. Przeszczepianie, hodowle, wywoływanie sztuczne zapalenia u zwierząt, nie dały charakterystycznego obrazu zapalenia współczulnego u ludzi. Ostatnie doświadczenia Guillera z toksyną gruźliczą i v. Shilego z zarazkiem »*herpes*« wykazują zapalenie drugiego oka, przy działaniu tych zarazków na jedno oko. O ile zapalenie to pozostaje w związku z sympatycznem, będą musiały wykazać dalsze doświadczenia.

Redslob przytacza 8 przypadków zapalenia współczulnego, badanych drobnowidowo, i podaje pierwotne zmiany (*primäraffekt*) w 6 przypadkach w okolicy zranienia, skąd można śledzić posuwanie się swoistego zapalenia jagodówki ku tyłowi.

Autor tymczasem badał drobnowidowo przypadek, gdzie przyszło do zupełnego zagojenia się pękniętej twardówki, wypadniętej tęczówki i torebki soczewkowej. Ani w okolicy zranienia, ani w przednim odcinku, ani też wewnątrz gałki nie było śladów zapalenia, prócz grubej blizny w miejscu zranienia, a natomiast w samym tyle jagodówki dał się zauważyć początek zapalenia współczulnego w postaci guzków w okolicy naczyń rzęskowych tylnych.

W kilka tygodni powstało zapalenie współczulne na drugiem oku, pomimo, że oko wyjęto w samych początkach, kiedy miało dobre poczucie światła i dobrą lokalizację. Autor wyklucza zakażenie zewnętrzne ropne. Na szeregu wyjętych gałek, w początku zapalenia, nie spostrzegał zmian posuwających się z miejsca zranienia, jak to przytacza Redslob, a występowały one rozsianie w tyle gałki, nie pozostając *in continuo* z miejscem zranienia.

Edeskuty. **O pierwotnej martwicy tęczówki.** Na oku lewem wystąpiło u 61-letniego chorego zapalenie bez żadnej przyczyny. Oko było rzęskowo nastrzykane, rogówka zmętniała, tęczówka przekrwiona, źrenica wąska, wysięk do przedniej komory, utrata wzroku. Nakłucie pozostało bez skutku. Wobec silnych bolów w 9 dni po operacji wyjęto oko, które wykazało rozległą martwicę tęczówki i rogówki po stronie wewnętrznej.

Chociaż był brak objawów klinicznych, przemawiających za *herpes ophtalmicus*, autor przypuszcza jednak z obrazu drobnowidowego, że taką martwicę mogło dać prawdopodobnie schorzenie na tem tle.

Schorzenie tęczówki i ciałka rzęskowego, wywołane przez *herpes ophtalmicus* może powstać na obu oczach i naśladować zapalenie współczulne.

Kreiker. **O sposobach użycia lampy szczelinowej do badań niedrobnowidowych.** Badania te obejmują:

1. Prześwietlenie źrenicy.
2. Reakcję źrenicy przy hemianopsji.
3. Badanie obrazu naczyń Purkini'ego.
4. Obraz źrenicy endoptyczny.

Przy prześwietleniu źrenicy tak, że kierujemy do niej snop światła, możemy bez mikroskopu, wskutek światła odbitego, oglądać: *ora serrata*, żyły wirowe, arterje rzęskowe długie; w przypadkach patologicznych możemy spostrzegać nowotwory, które wystąpią jako cienie, na tle odbitego światła.

Przy hemianopsji badamy w świetle dziennem. Wyłącza się opornicę, ażeby światło było różowe. Chory patrzy przez okno. Snop światła puszcza się pod kątem 50°—60° na stronę zdrową i otrzymuje się reakcję. Chory siada na przeciwną stronę. Rzuca się światło na stronę siatkówki zajętej i niema się reakcji.

Obrazki naczyń Purkini'ego bada się w razie zaciemnienia ciałka szklistego. Snop światła rzuca się na twardówkę w odległości 5—6 mm od brzegu rogówki. Gdy plamka żółta zdrowa, chory widzi różowy refleks, gdy chora, nie widzi nic. Krwotoki, zrosty dają charakterystyczne cienie na warstwie pręcików i czopków, które chory podaje, jako plamy, postronki i t. p.

Obraz enoptyczny źrenicy powstaje tak, że punkt świetlny pada na ogniskową przednią oka. Promienie z punktu świecącego, po załamaniu w oku, dają na dnie oka ognisko oświetlone wielkości źrenicy. Ramię lampy stawiamy w odległości 30 cm i przybliżamy, aż punkt świetlny dojdzie wielkości, źrenicy.

Hessberg. **Dalszy przypadek hemianopsji nosowej.** Charakterystyczne cechy były: epilepsja, guz w okolicy przysadki mózgowej i obustronne tarcze zastoinowe. Poprawa nastąpiła po skroniowej trepanacji, wyleczenie z ustąpieniem padaczki po naświetlaniach Roentgenem. Nosowa hemianopsja obustronna wskazuje na ucisk *chiasma* i na uszkodzenie pęczków nerwowych nieskrzyżowanych.

F. Naróg (Lwów).

Zentralblatt f. Gynäkologie.

Nr. 3. 1925.

Frommdt. **O niebezpieczeństwach i pomyłkach rozpoznawczych przy pertubacji.** Powołując się na niekorzystne przypadki Engelmanna, Mandelstamma i Thalera sądzi autor z wielu innymi, że przeciwwskazaniem do pertubacji są przypadki zakaźnej wydzieliny macicy tudzież świeżych spraw zapalnych w miednicy małej. W każdym przypadku pertubacji powinno się przedtem badać wydzielinę macicy.

Jako bardzo poważne następstwo pertubacji uważa F. dostawanie się powietrza do naczyń macicy. Śmiertelny przypadek po przedmuchiwaniu jajowodów, jaki obserwował F. w klinice ginekologicznej w Lipsku, rzuca jaskrawe światło na to niebezpieczeństwo i jakkolwiek nie wykonano w tym przypadku sekcji, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przyczyną śmierci był zator powietrzny.

Wartość przedmuchiwania jajowodów obniża stwierdzone spostrzeżenie, że w niektórych razach nie udało się przedmuchać jajowodów, jakkolwiek podniesiono ciśnienie do 250 mm, a podczas laparotomji stwierdzono potem zupełną drożność jajowodów.

Doświadczenie kliniki w Lipsku uzyskane na podstawie 29 laparotomij wykonanych po przedmuchiwaniu jajowodów, dowodzi, że tylko w 58,6% przypadków wynik badania drożności jajowodów stwierdzonej podczas laparotomji zgadzał się z wynikiem uzyskanym zapomocą przedmuchiwania jajowodów przed operacją.

Z tych powodów klinika lipska nie odmawia wprawdzie ostrożnemu przedmuchiwaniu jajowodów wartości w pewnych przypadkach (n. p. przed zabiegami operacyjnemi w celu usunięcia niepłodności), nie zapodaje jednak ewentualnych niebezpieczeństw tego postępowania i przestrzega przeciwwskazań n. p. przy krwotokach lub po sondowaniu.

E. Vogt. **Doświadczenia kliniczne z przedmuchiwaniem jajowodów.** Klinika w Tübingen zaleca przedmuchiwanie jajowodów, nie zapoznaje jednak niebezpieczeństw (zakażenia, zatoru powietrznego, odmy podskórnej, podrażnienia otrzewnej i t. d.).

Do laparotomji przystępuje dopiero w parę miesięcy po przedmuchiwaniu ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia.

Z. B a n k i. **Pewny i wczesny objaw ciąży pozamacicznej.** B. opisuje wczesny objaw ciąży zewnątrzmacicznej, pochodzący stąd, że krew spływająca do zatoki Douglas'a wywołuje tamże podrażnienie otrzewnej, w następstwie którego występuje ból przy uniesieniu ku górze macicy zapomocą dwóch palców wprowadzonych do tylnego sklepienia pochwy. B. sądzi, że sam ten objaw niema wtedy znaczenia gdy zresztą nic za ciążą zewnątrzmaciczną nie przemawia, bo znajdujemy go naturalnie przedewszyskiem przy sprawach zapalnych przy- lub okołomacicznych.

Brakować zaś może tego objawu przy ciąży zewnątrzmacicznej, jeżeli już przedtem były zrosty w zatoce Douglasa.

I. M e y e r. **Przypadek ciąży brzusznej pierwotnej.** Autor opisuje przypadek ciąży brzusznej pierwotnej. Przy laparotomji znaleziono wielką ilość krwi płynnej i skrzepłej w jamie brzusznej.

Jaje płodowe przyczepione do tylnej ściany szyi macicy wypełnia bezmała całą zatokę Douglasa. W torebce jaja płodowego pęknięcie długości około 1,5 cm, przez otwór którego wydostał się płód wiszący na pępowinie. W trąbkach i jajnikach brak wszelkich zmian. Ciałka żółtego wykazać nie można. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Jaje płodowe nie pozostawało zatem w żadnym związku z trąbkami lub jajnikami, żyło i rozwijało się na przedniej ścianie jamy Douglasa, dlatego uważa je autor jako pierwotną ciążę brzuszną, gdyż odpowiada wszystkim warunkom ustalonym przez Veita.

Nr. 4. 1925.

C a r l M e y e r. **Miednica rozszczepiona przy braku zniekształceń powłok brzusznych i pęcherza.** 20-letnia ciężarna w 9 miesiącu podaje, że w pierwszym roku życia została przejechana, w 17 roku życia przebyła poronienie.

Badanie wykazuje zupełny brak krocza, obydwie ściany pochwowe wypadnięte, zwieracz odbytu pęknięty. W miejscu spojenia łonowego rozszczepienie miednicy 3—4 palce szerokie, między obydwoma końcami kości łonowych można wyczuć napięte więzadło grubości ołówka.

Wymiary miednicy prawidłowe. Chód ciężarnej zupełnie pewny. Poród odbył się siłami natury w przeciągu 8 godzin w położeniu czaszkowem, płód ważył 3.860 gr. W dwa lata później przebyła znowu chora poród siłami natury w $5^1/_2$ godzinach w położeniu czaszkowem. Płód ważył 2.930 gr.

Zdjęcie roentgenowskie wykazuje asymetrję miednicy rozszczepionej w spojeniu łonowem.

Breus i Kolisko podawali w wątpliwość istnienie miednicy rozszczepionej w spojeniu łonowem bez współudziału powłok brzusznych i pęcherza moczowego, gdyż do r. 1900 był znany dopiero jeden przypadek rozszczepienia miednicy niezupełnie dokładnie przez Walterą opisany, u mężczyzny. W r. 1903 opisał swój przypadek Müret, w r. 1913 Franque, a w r. 1922 Labhardt. Zatem przypadek Meyera jest czwartym z rzędu. W trzech przypadkach należało odnieść powstanie rozszczepienia miednicy do przejechania we wieku dziecięcym — w przypadku Franque'go wywołała rozszczepienie miednicy prawdopodobnie operacja kleszczowa przy poprzednim porodzie.

A. S. (Lwów).

Archiv für Kinderheilkunde.

20 marzec 1925.

L e v y i S e l t e r. **O leczeniu kiły wrodzonej bizmutem (»Spirobismol«).**

I. Część kliniczna.

Autorowie dzielą się doświadczeniami opartemi na wynikach leczenia około 20 przypadków kiły wrodzonej preparatem bizmutowym pod nazwą Spirobismol. Jest to winian sodowo-potasowy bizmutu obok połączenia jodo-chinino-bizmutowego, a więc zawiera 3 składniki bizmut, jod i chininę.

Sposób leczenia składał się z jednego głównego leczenia i z 2 leczeń t. zw. zapobiegawczych (»Schutzkuren«) a więc odpowiadał naogół systemowi podanemu przez E. Müllera jedynie w miejsce rtęci wstrzykiwano bizmut. Dawki bizmutu wynosiły przeciętnie u dzieci do 2 lat: na całe leczenie obejmujące 15 do 20 zastrzyków — 30 mg metalicznego bizmutu na 1 kg wagi, przyczem rozpoczynano od dawek pojedynczych b. nizkich (około 3 mg Bi) stopniowo do coraz wyższych. Dla dzieci starszych najwyższa dawka bizmutu wynosiła: 0.6 g Bi na kurację, 0·03 g Bi na pojedyńczą dawkę. Obok bizmutu podawano salvarsan wedle dawkowania Müllera.

W dawkach powyższych preparat spirobismol nie wywoływał jakichkolwiek miejscowych nacieków ani też jakichkolwiek zaburzeń ogólnych, przyczem wykazywały niemowlęta dobry przyrost na wadze i wzmożone łaknienie. Objawy skórne znikały szybko, przeważnie po 8 do 10 dniach leczenia, objawy kostne *(periostitis luetica,* porażenie Parrot'a) dopiero po 4 tygodniach leczenia.

Odczyny serologiczne Wassermana i Sachs-Georgi'ego ustępowały przeważnie już po pierwszem połączonem leczeniu salvarsanowo-bizmutowem trwającem 3 miesiące.

Co do uszkodzeń nerek po podawanin bizmutu, to były one — wedle doświadczeń autorów — jedynie natury przemijającej, i ustępowały bez śladu i mimo dalszych zastrzyków bizmutu; jest to — ich zdaniem — miejscowy odczyn Herzheimera występujący w nerkach.

Tworzenie się t. zw. depot bizmutu w mięśniach stwierdzono roentgenologicznie, wykazując cienie jeszcze 8 tygodni po zastrzyku.

Działanie na obraz krwi wyraża się w podwyższeniu zawartości hemoglobiny i wzmocnieniu ilościowo komórek wielojądrzastych.

II. Część doświadczalna.

Na mocy badań eksperymentalnych, dokonanych na królikach, jakoteż badania roentgenologicznego i pośmiertnego dokonanego na dziecku, doszli autorowie do następujących wyników:

Wprowadzony do organizmu zwierzęcego bismut w wysokich dawkach nagromadza się we wszystkich narządach wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w śledzionie, nerkach, mózgu i trzustce, najmniej w wątrobie. Bizmut, wprowadzony w dawkach leczniczych do ustroju dziecięcego, nagromadzał się w narządach wewnętrznych ilościowo wedle następującego porządku: wątroba, nerki, śledziona, serce, płuca — kobieta karmiąca, której wstrzyknięto 2 gr spirobismolu (= 70 mg Bi), wydzielała mlekiem około 1 mg bizmutu dziennie.

Wydzielanie bizmutu kałem i moczem osiągało dnia 1-go po zastrzyku, jakoteż dnia 3-go i 4-go maksimum, podczas gdy w międzyczasie wydzielanie bizmutu obniża się znacznie.

W miarę dalszych zastrzyków gromadzi się coraz większa ilość bizmutu w ustroju.

Moczopędne działanie bizmutu nie zostało ściśle stwierdzonem. Wykazano obecność bizmutu w łożysku i w płodzie.

G u t f e l d Fr. i M e y e r Gertrud. **Badania płynu mózgordzeniowego u dzieci kiłowych i ich znaczenie dla rozpoznania, rokowania i leczenia.** Badanie płynu mózgo-rdzeniowego, wykonane u 155 dzieci kiłowych w wieku od kilku miesięcy do 16 lat nie mogły być ze względów technicznych przeprowadzone systematycznie przed, podczas i po ukończeniu leczenia. Zestawienie wyników badania obejmuje 15 przypadków, u których wykazano dodatni odcz. Wassermana w płynie i u których też badanie płynu podczas i po leczeniu mogło być kilkakrotnie powtórzone.

Wyniki te wykazały: na ogólną ilość dzieci kiłowych stwierdzono dod. odcz. Wa w płynie w 10%; na ilość dzieci kiłowych, u których leczenia jeszcze nie rozpoczęto — w 20%.

Odczyn Wassermana w płynie i w surowicy był — za wyjątkiem 1-go przypadku — zawsze zgodny. Dzieci starsze wykazywały zmiany w płynie w wyższym odsetku, aniżeli oseski, jednakże ze względu na niesystematyczne przeprowadzanie powyższych badań, wyników tych nie można uważać za ściśle.

Hescheles (Lwów).

Surg. Gyn. Obst.
XI/3. 1925.

Schoennaker. »Czerwony żołądek«. Co należy uczynić jeśli po otwarciu jamy brzusznej, stwierdzimy tylko »czerwony żołądek«? Otóż najpierw należy oglądnąć woreczek żółciowy; jeśli ten nie jest prawidłowy — usunąć.

(Z 37-miu przypadków obserwowanych, w 4-ch znalazł autor zmiany w pęcherzyku żółciowym). Jeżeli zmiany nie znajdziemy należy jamę brzuszną z powrotem zamknąć, względnie wykonać wycięcie żołądka, które ma te zalety, że w 50% przynosi wyleczenie — przytem jest zabiegiem łatwiejszym niż przy wrzodzie i raku żołądka, kiedy są zrosty.

Objawy podmiotowe przy „czerwonym żołądku" — jak we wrzodzie żołądka; przytem badając treść żołądka znachodzono kwasotę w 50% wzmożoną — w drugich 50% prawidłową. Obraz roentgenologiczny zwykle prawidłowy. Mikroskopowo: śluzówka, podśluzówka i mięśniówka zawsze są prawidłowe — mięśniówka przekrwiona.

Objawów zapalenia brak. Zdaniem autora nie istnieje związek między »czerwonym żołądkiem« a wrzodem żołądka; prawdopodobnie chodzi tu o zmiany nerwowego pochodzenia.

Davis i Cushnig. **Powrotne wlewanie krwi w zabiegach śródczaszkowych.** Czy możliwem jest wprowadzać do ustroju chorego jego własną krew utraconą przy zabiegu? Jeśli tak, to byłoby to bardziej proste i niezawodne niż transfuzja krwi pooperacyjna z osobnika drugiego. Po wykonaniu szeregu doświadczeń autor zachęcony dobrym wynikiem, przystąpił do badań klinicznych, mianowicie zbierał zapomocą aparatu ssącego krew podczas zabiegów czaszkowych bardziej krwawych, a następnie wprowadzał ją do ustroju z powrotem — podczas lub po zabiegu. Obserwowanych przypadków 23. Wyniki zadowalające; ilość ciałek czerwonych wzrastała od 500 000 do 3,500.000 w mm sz., przytem w każdym przypadku spostrzegano odpowiednie podwyższenie ciśnienia.

Bissel. **Brodawczaki nerki i moczowodu.** Po dokładnem omówieniu przypadku brodawczaka pierwotnego nerki i wtórnego moczowodu, dochodzi B. do wniosków:

1) wszczep powstaje w kierunku ku dołowi lub w kierunku prądu moczu;

2) moczowód chorej strony jest bardziej skłonny do wtórnego zajęcia niż pęcherz;

3) wszczep powstaje wzdłuż moczowodu, ale prędzej powstaje w miejscu, gdzie prąd moczu jest zwolniony n. p. przy ujściu pęcherzowem moczowodu;

4) nie jesteśmy w stanie określić, kiedy w brodawczaku nerki usunięcie jej wystarczy i czy moczowód jest niezajęty, jeśli jego ujście pęcherzowe wydaje się być wolne;

5) jeśli moczowód jest zajęty należy go w całości usunąć;

6) jeżeli nie jest on zupełnie usunięty wraz z nerką należy później, kiedy pozwolą warunki chorego, resztę usunąć;

7) najlepszą metodą do usunięcia tegoż jest opisana przez autora metoda transperitonealna i transvesicalna.

Nuzum. **Doświadczalne wywołanie pierwotnego raka przez powtarzane wszczepianie mikrokokka wyosobnionego z raka sutka.** Autor wyosobnił z raka sutka na płynie z wodobrzusza z dekstrozą bakterje należące do grupy łańcuszkowca; te wstrzyknięte przez przewód mleczny do sutka psa wywołały w 2 przypadkach na 5 psów doświadczalnych pierwotnego raka; z tych jeden pies zginął wśród objawów ogólnej *carcinosis*, a u drugiego guz po pewnym czasie znikł. Przytem przez powtarzane wszczepianie tych drobnoustrojów do skóry mężczyzny *(casus perd.)* otrzymywał autor typowego raka płasko-komórkowego.

Coley. **Pochodzenie raka.** Zastanawiając się nad właściwościami raka, dochodzi autor do wniosku, że tylko teorja pasożytnicza raka ma rację bytu, i tej należy obecnie poświęcić ściśle badania.

Reid. **Worek otrzewnowy zawierający jelito cienkie.** Wszystkie części jelit leżały w prawidłowem miejscu; od dolnego jednak brzegu poprzecznicy ku dołowi opadał płat, będący przednią ścianą worka, zawierającego jelito cienkie; jelito grube w całości znajdowało się poza tym workiem, który był zupełnie zamknięty, prócz małego otworu, tuż przy prawym końcu poprzecznicy. Kiszka zstępująca była zrośnięta z przednią powierzchnią przedniej ściany worka.

Płat opadał ku dołowi, kończąc się na odbytnicy — od tyłu zaś można było stwierdzić, że płat przechodzi wprost w otrzewną ścienną tylną.

Vosburg i Perkins. **Chirurgiczne leczenie wydzielaczy tyfusowych.** W przypadkach, w których długi czasie po tyfusie badanie stolca na prątki tyfusowe jest dodatnie należy usunąć woreczek i wyrostek robaczkowy, które często okazują zmiany zapalne. Po zabiegu celem kontroli wykonuje się ponowne badanie stolca; zwykle wypada ono ujemnie. (Autorowie są zwolennikami podziału wydzielaczy na 3 typy: 1) woreczka żółciowego — 2) wątrobowy — 3) jelitowy t. j. wyrostka robaczkowego).

Janik (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 11.: J. Olbrycht: Kilka uwag na marginesie artykułu A. Ciechońskiego p. t. „W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego". W. Krzemiński: Przyczynek w sprawie schorzeń, t. zw. natury czynnościowej. S. Mączewski: Włókniako-nerwiak prawej wargi sromowej.

Nr. 12.: Browicz: W sprawie walki z gruźlicą. A. Krókiewicz; W sprawie leczenia gruźlicy. M. Petrynowski: W sprawie leczenia gruźlicy słabemi rozczynami soli, chlorku i wapnia. E. L. Walbum: Leczenie solami metalowemi gruźlicy i innych chorób zakaźnych.

Nr. 13—14.: N. Ciechanowski: XII-ty Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Warszawie. Browicz: W sprawie wrzodu żołądka. J. Jagielski: Kilka uwag o radjodjagnostyce żołądka. Z. Dziembowski: Nowoczesne poglądy na schorzenia układu wątrobowo-śledzionowego, zwłaszcza na kwestję ich leczenia.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 5.: H. Higier: Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. — C. Levaditi: Zagadnienie etjologji nagminnego zapalenia mózgowia. — W. Matecki: Analiza psychologiczna w dwóch przypadkach schizofrenji. — D. Kohan: Uwagi w sprawie czynnościowego badania nerek i chromocystoskopji. — W. Róbin: Kilka uwag w sprawie patogenezy i leczenia owrzodzeń żołądka. — I. Wittenberg: Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytniczych w kale.

Nr. 6. H. Higier: Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. — A. Landau, T. Marjanko i M. Fejgin: 9-ty przypadek wyleczenia zapomocą bizmutu ciężkiego zatrucia sublimatem po 7-mio dniowym bezmoczu. — R. Leriche: O przecinaniu gałązek łączących w zespole bólowym kończyn. — M. Goldman: Przypadek kiły żołądka. — P. Goldstein! Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. Baumritter: O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon — S. Tenenbaum: Przyczynek do nauki o konstytucji. — J. Wittenberg: Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytniczych w kale.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1925. Zeszyt 4 (Kwiecień. Cena 2 mk. zł.

Treść: 1) Prof. Joseph: Choroby skórne i weneryczne: *a)* Leczenie kiły zimnicą i bizmutem; znaczenie nakłucia lędźwiowego w rozpoznaniu; leczenie kiły; leczenie kiły wrodzonej. *b)* Wiewiór. *c)* Schorzenia przed rakowe; gruźlica skóry. — 2) Prof. Schlayer: O badaniu sprawności nerek. — 3) Tscherning: Przegląd prac o chorobach nerek. — 4) Doc. Paschkis: Przegląd prac urologicznych.

Zeszyt 5. Maj 1925. Treść: 1) Wiedemann: „O związku punktów bolesnych powłok ciała z chorobami narządów wewnętrznych. — 2) Prof. Stransky: Postępy leczenia zimnicą porażenia postępującego. — 3) Wollny: Przegląd prac psychjatrycznych i neurologicznych.

Pięćdziesięciolecie pracy naukowej profesora Browicza.

Na tegorocznem uroczystem posiedzeniu Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie w dniu 13 czerwca ogłoszona została uchwała, że najwyższą i najzaszczytniejszą nagrodę, jaką Akademja rozporządza, nagrodę im. Jerzmanowskiego, otrzymuje w r. b. profesor Tadeusz Browicz za całą swoją działalność naukową. Tem największem odznaczeniem, jakie otrzymać może uczony polski, uwieńczyła Akademja lata jubileuszowe profesora Browicza, przypadające na rok bieżący i przeszły. Pierwszą bowiem swoją pracę naukową ogłosił profesor Browicz w r. 1874, w pierwszym tomie »Sprawozdań« Akademji, a działalność dydaktyczną rozpoczął w r. 1875.

Swoje złote gody z nauką obchodził profesor Browicz w 77 roku życia. Urodzony 15 października 1847 we Lwowie, szkoły średnie ukończył w Czerniowcach, studja lekarskie w Krakowie, zakończone tamże doktoratem w r. 1872. Przez kilka lat był asystentem w Zakładzie anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, którym kierował wówczas profesor Biesiadecki. Po habilitacji w r. 1875, gdy profesor Biesiadecki został powołany na stanowisko protomedyka Galicji, objął profesor Browicz po nim w r. 1876 katedrę i kierownictwo Zakładu. Profesorem zwyczajnym został w r. 1880, a w r. 1919 przyjął ofiarowaną sobie przez Uniwersytet Jagielloński katedrę honorową, nie porzucając Krakowa mimo usilnych zaproszeń do innych Wszechnic polskich. Trzykrotnie (w r. 1886, 1893 i 1903) piastował urząd dziekana Wydziału lekarskiego, w r. 1894 — urząd rektora Uniwersytetu.

Prace naukowe profesora Browicza, których liczba w roku bieżącym przekroczyła 125, możnaby podzielić na dwie grupy. W pierwszem dwudziestopięcioleciu Jego działalności przeważa gromadzenie nowych faktów, wykrywanie nieznanych przedtem zjawisk, analiza spostrzeżeń, które pierwszy poczynił lub których prawdziwość potwierdził, a niedoceniane przedtem znaczenie pierwszy należycie wyświetlił. W drugiem dwudziestopięcioleciu przeważają prace syntetyczne, zajmujące się na podstawie wieloletniego własnego doświadczenia i głębokich rozważań szerszemi zagadnieniami z zakresu patologji. Cechą prac pierwszej grupy jest spostrzegawczość, chwytająca szczegóły, które dziś wydają się proste i oczywiste, które jednak przedtem uszły uwagi całych szeregów badaczy; myśl śmiała, nie cofająca się przed trudnym problemem; wytrwałość, coraz dalszemi badaniami pogłębiająca obrany przedmiot. Cechą prac drugiej grupy jest opieranie ich na szerokiej podstawie, wzgląd na wielorakość czynników, które w sprawach patologicznych należy brać w rachubę, krytycyzm, dążący do ustalenia dokładnie określonych, ścisłych pojęć.

Dzięki tym właściwościom, wyniki badań i poglądy profesora Browicza wielokrotnie wyprzedzały badaczy, którym potem niesłusznie przypisywano pierwszeństwo. Działo się tak dlatego, że nauka polska przed powstaniem Państwa polskiego skazana była na terenie światowym na drogę trudną i ciernistą, bo była nieraz umyślnie pomijana milczeniem, a pewno i dlatego, że często inni zabierają owoce pracy tych, co nie dążą do rozgłosu, tylko do wykrycia prawdy. A jednak profesor Browicz jeszcze na sześć lat przed Eberthem podał pierwszą wiadomość o dostrzegalnym mikroskopowo »pasorzycie roślinnym« w durze brzusznym; wcześniej od Kelscha, przed odkryciem jeszcze pasorzyta zimniczego, wtedy, kiedy jeszcze powszechnie za źródło melaninu zimniczego uważano wybroczyny śródtkankowe, wskazywał na zmianę ciałek czerwonych w krwi krążącej, jako źródło tego barwika (1874). Wtedy też pierwszy podał opis zmian szpiku kostnego w zimnicy, przez lat kilkanaście jedyny w literaturze. Zarazem wyjaśnił wtedy zaniewidzenie, zdarzające się w zimnicy, zatorem melaninowym naczyń siatkówki na podstawie swych badań mikroskopowych. Opisem tworów olbrzymich w kiłakach (1877) obalił wyobrażenie o swoistości tych tworów w jednej tylko sprawie chorobowej i torował drogę poglądowi, coraz szersze znajdującemu dziś zastosowanie, że mimo różnej jakości czynnika chorobotwórczego może tkanka ulegać takim samym zmianom morfologicznym. Poglądy swoje na sprawy zapalne, których pierwszą podstawę stanowiło doświadczalnie wywołane zapalenie nerek (1878), rozwijał profesor Browicz w swych wykładach w takim kierunku, w jakim dopiero później szły zapatrywania innych badaczy. Profesor Browicz wyjaśnił też pierwszy (1887) przyrodę t. zw. wrzodu okrągłego części pochwowej i pochwy (Clarka), pierwszy (1882) udowodnił, że rzekome śródkomórkowe pasorzyty raka są wtrętami lub objawami zwyrodnienia, pojawiającemi się w komórkach także w różnych innych, z rakiem nic wspólnego nie mających sprawach chorobowych, pierwszy (1890) ocenił istotny charakter zmian anatomicznych, wywoływanych przez tuberkulinę i wysnuł stąd zastrzeżenia co do sposobu jej stosowania, które okazały się trafne i słuszne, pierwszy (1890) obalił mylne zdanie o ruchach różnokształtnych krwinek czerwonych w pewnych postaciach niedokrwistości, pierwszy (1898) wskazał na sprawy chorobowe jelita grubego, jako jedno ze źródeł skrobiawicy, wykrył (1901) nowe szczegóły w morfologji tego procesu, pierwszy też opisał i tłumaczył (1897) zjawiska krystalizacyjne w komórkach wątrobowych.

W r. 1900 ujął profesor Browicz myśl przewodnią wielu swych prac w zdaniu następującem: »Sama natura delikatniejszą ręką, aniżeli zwykle używane przez nas metody, odsłania szczegóły niedostrzegalne, a jednak w rzeczywistości istniejące. To też obok zwykle używanych sposobów badania tkanek i komórek należy się zwrócić do badań stosownie dobranego materjału patologicznego, przez co wyjaśni się niejedna zagadka w budowie i czynności tkanek i komórek, opierająca się dotąd niedoskonałym, — że tak powiemy — grubym i wielu warunkami ograniczonym środkom i sposobom naszego badania« (Biuletyn Akademji Umiejętności z listopada). Ta myśl przewodnia wzięła zapewne początek w studjach nad dyssocjacją i fragmentacją mięśnia sercowego (1889), na które to zmiany przedtem nikt, prócz Renauta, prawie uwagi nie zwracał; dopiero badania profesora Browicza stały się punktem wyjścia żywego zajęcia się tą sprawą innych badaczy. Po opracowaniu zaś przez profesora Browicza sprawy dyssocjacji zrazików wątrobowych (1897), nie poruszanej przez nikogo od czasów Hanota, została wytknięta droga do wyodrębnienia osobnego, przedtem nie uwzględnianego, obecnie zaś nawet w podręcznikach nie pomijanego działu, który nazwano patologją (wzajemnego) stosunku komórek w tkance. Podobnie jednym z zasadniczych punktów wyjścia dzisiejszej rozległej już i gorliwie budowanej nauki o układzie siateczkowo-śródbłonkowym było stwierdzenie (1898) przez profesora Browicza żerności komórek ściennych w krwionośnych włosowatych naczyniach wątroby, oraz stwierdzenie i wytłumaczenie różnic w morfologji tych komórek, różnic, zależnych od ich stanu czynnego i nieczynnego. Te podstawowe fakta i ich tłumaczenie podali inni badacze częścią tylko równocześnie (w tymsamym roku i miesiącu — Kupffer), częścią zaś znacznie później (dopiero po dwóch latach Heile) — od profesora Browicza.

Myśl o wyzyskaniu naturalnych zjawisk patologicznych do pogłębienia i rozszerzenia wiadomości, uzyskanych sztucznemi metodami lub do zdobycia takich, jakich sztuczne metody dać nie mogą, była punktem wyjścia niedających prac profesora Browicza, dotyczących komórki wątrobowej, jej czynności fizjologicznych i ich stosunku do zjawisk patologicznych, jak również dotyczących przewodów żółciowych międzykomórkowych i budowy zrazików wątrobowych. Wskutek tych badań rozpoczął się dopiero ruch, dążący do rewizji zapatrywań, uchodzących przedtem za pewnik, a dotyczących zaburzeń wydzielania w wątrobie. Jak płodne były wyniki tego ruchu, dowodzi porównanie dzisiejszych poglądów na patogenezę żółtaczki z poglądami, powszechnie jeszcze panującemi przed laty trzydziestu.

Wśród zagadnień ogólnych dwa nie schodzą od dziesiątków lat z porządku dziennego dyskusji naukowej: zagadnienie zapalenia i zagadnienie nowotworów, oba, może najtrudniejsze w patologji. Obu temi zagadnieniami zajmował się też profesor Browicz prawie przez cały czas swej działalności naukowej, zapaleniem — począwszy od swych pierwszych badań eksperymentalnych w r. 1870 aż do ostatecznego sformułowania swych poglądów w r. 1921—1923. Ogólny pogląd na nowotwory ogłosił w r. 1881, potem opracowywał różne ich grupy (śródbłoniaki, mięśniaki, raki), klasyfikację i mianownictwo (1922, 1923), szczególnie zaś zagadnienia etjologiczne (teorja pasorzytnicza 1892 1901, wpływy konstytucjonalne, zagadnienie zawiązków 1910, 1920, 1923, wartość i znaczenie badań eksperymentalnych 1893, 1910, 1923, częstość występowania 1913). Przyczyny i warunki powstawania spraw chorobowych rozpatrywał w innych jeszcze swych publikacjach, zwłaszcza co do zapalenia wyrostka robaczkowego (1912, 1921) i wrzodu okrągłego żołądka (1921). Większy zbiór studjów z różnych dziedzin wydał w r. 1921 pod tytułem »Szkice anatomo-patologiczne«. W tych studjach i w szeregu prac z lat ostatnich są ujęte w pewną całość wnioski, wysnute z mnóstwa w ciągu lat zbieranych, drukiem nieogłoszonych spostrzeżeń i badań, oraz poglądy, kształtujące się przez długi okres działalności dydaktycznej profesora Browicza.

Ta działalność dydaktyczna oddziaływała bardzo szeroko, bo aż do utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie wszyscy lekarze małopolscy byli bezpośrednimi uczniami profesora Browicza; po otwarciu tego Wydziału objęli w nim katedry w znacznej części Jego byli uczniowie i przez nich szerzył się dalej wpływ Jego poglądów. Przytem liczny był zastęp korzystających z Jego pracowni, która stała zawsze gościnnie otworem dla pragnących pracować naukowo i miała szczególną siłę przyciągającą. W zakładzie profesora Browicza pracowali późniejsi profesorowie Wszechnic polskich: Obaliński, Mars, Gluziński, Wachholz, Kryński. Sieradzki, Brndzewski i in. Asystentami w tej pracowni byli późniejsi profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego: Ponikło, Juljan Nowak (b. prezydent Rady Ministrów), Janiszewski (b. minister zdrowia publicznego), Gliński, Ciechanowski, a z pracujących później poza granicami kraju bakterjolog Karliński i prosektor Wodyński w Sarajewie. Tej pracowni zawdzięczają również wiele wybitni klinicyści, czynni potem w szpitalach stołecznych i prowincjonalnych.

Zadania swoje dydaktyczne spełniał profesor Browicz z poświęceniem, bez względu na zdrowie prowadząc sam jeden aż do r. 1897 wszystkie wykłady i ćwiczenia praktyczne: do paromiesięcznej przerwy (w r. 1908) zmusiła go dopiero ciężka choroba obłożna. Opracował i stosował sposób nauczania, który opisał potem w r. 1908, a który wydał doskonałe wyniki. Nauczanie to odbywało się przez przeszło dwadzieścia lat w warunkach niezmiernie uciążliwych, w (nie istniejącym już dziś) budynku ciasnym, zimnym i źle oświetlonym. Nieustanne zabiegi i starania profesora Browicza o odpowiedniejsze po-

mieszczenie zakładu uwieńczył wreszcie skutek; zbudowany został nowy gmach »Collegium medicum«, wprawdzie znacznie obcięty przez rząd austrjacki, który zawsze był dla Galicji skąpy i wtłoczył w końcu do gmachu jeszcze cztery inne zakłady, ale na owe czasy stanowiący ogromną zdobycz dla Wydziału lekarskiego krakowskiego, bo przedtem tylko jeden zakład (anatomji opisowej) posiadał budynek umyślnie na ten cel stawiany. Z czasem uzyskał też profesor Browicz lepsze uposażenie swego zakładu, o które zabiegał ze względu na dobro uczącej się młodzieży. Młodzież miała w nim gorącego opiekuna także poza zakresem nauczycielskim; był bowiem wieloletnim kuratorem »Towarzystwa Bibljoteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.«, dopomagając tej instytucji jak najżywiej radą i czynem.

Serdeczna troska o młodzież była także źródłem starań profesora Browicza o udoskonalenie nauczania medycyny: około r. 1910 podjął myśl reformy całego studjum lekarskiego i dał początek staraniom Wydziału lekarskiego krakowskiego w tym kierunku, a w roku 1918 ogłosił drukiem uwagi swoje o organizacji studjów lekarskich. Pragnął też stworzyć dla młodzieży jaknajlepsze warunki przygotowania się do nauk uniwersyteckich; uczestniczył w pracach nad stworzeniem wzorowej szkoły średniej, był współzałożycielem pierwszego żeńskiego gimnazjum w Krakowie, w końcu poruszył konieczność reformy całego szkolnictwa średniego, wskutek czego Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego opracował memorjał do ówczesnej naczelnej władzy szkolnej małopolskiej, a memorjał ten był początkiem ważnego ruchu w tym zakresie.

Dbając o rozwój ruchu naukowego wśród lekarzy, uczestniczył profesor Browicz gorliwie w pracach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, której członkiem był przez wiele lat. Oceniając zaś wagę ścisłego mianownictwa dla postępu nauki, przyjął w roku 1896 przewodnictwo »Komisji terminologicznej« tego Towarzystwa i poświęcając tej sprawie siedem lat żmudnej pracy, doprowadził do wydania w r. 1905 nowego »Słownika lekarskiego«; po jego wydaniu w dalszym ciągu gromadził i ogłaszał materjały do uzupełnienia słownika.

Prócz sprawy szkolnictwa średniego, pracował profesor Browicz na polu społecznem jako współzałożyciel krakowskiego Towarzystwa higjenicznego, stworzonego przez Henryka Jordana, jako współpracownik organu tego Towarzystwa, jako przewodniczący podkomisji wodociągowej krakowskiej, gdzie powagą swoją i wpływem zdołał wydobyć odwlekającą się budowę wodociągów z zabagnienia, jako wreszcie wieloletni członek Galicyjskiej Rady zdrowia we Lwowie, gdzie poruszył wiele doniosłych spraw sanitarnych i higjeniczno-społecznych.

Na wszystkich polach swej działalności miał profesor Browicz na celu wyłącznie dobro ogółu, wypowiadając otwarcie sąd niezależny. Ta czystość intencyj i niezależność zdania jednały Mu głęboki szacunek i posłuch, a niepospolite owoce Jego pracy były przyczyną odznaczeń, choć ich zawsze raczej unikał. Polska Akademja Umiejętności wybrała go w r. 1894, a czeska w r. 1901 swoim członkiem, przy założeniu Akademji nauk lekarskich w Warszawie został zaliczony do pierwszych jej członków, Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu i Towarzystwa lekarskie w Krakowie, Lublinie, Łodzi, Warszawie, Wilnie i Pradze czeskiej ofiarowały mu godność członka honorowego. W latach jubileuszowych otrzymał doktorat honorowy Uniwersytetu warszawskiego, order »Odrodzonej Polski«. »Nowiny lekarskie« poświęciły Mu osobny zeszyt, »Polska Gazeta lekarska« cały rocznik 1924 swego wydawnictwa, wydawnictwo »Prac anatomo-patologicznych« świeżo wydany tom; Towarzystwo lekarskie krakowskie złożyło mu hołd posiedzeniem anatomo-patologicznem w stworzonym Jego staraniami zakładzie, Uniwersytety krakowski, lwowski, poznański, uczciły Go uroczystemi adresami.

»W działanie dla ogółu, w służbę Ojczyźnie, wkładałeś i wkładasz duszę i siły«, — oto słowa, które do profesora Browicza skierował najbliższy świadek Jego pracy i zasług, Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego, a które tłumaczą, dlaczego sędziwego uczonego otoczyła niepowszednia cześć, dlaczego wraz z Uniwersytetem Jagiellońskim wyrazy »uznania i hołdu, oraz dziękczynienia, Jego pracy, zasłudze, hartowi i odwadze woli czystości zamiarów, składa — z głębi serc« — ogół.

s. c.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

34. Posiedzenie naukowe w dniu 10 stycznia 1924.

1. Kol. Papeé przedstawia przypadek **reinfekcji kiłowej**.

2. Kol. Leszczyński przedstawia przypadki a) rybiej łuski (*ichthyosis*); b) chorą z licznemi kilakami; c) z wiądem rdzenia **leczoną bizmutem**.

3. Kol. Falkiewicz wygłasza odczyt: »**O badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w kile bez objawów ze strony systemu nerwowego**«.

35. Posiedzenie naukowe w dniu 24 stycznia 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) przypadek **przewlekłego liszajowatego łupieżu** (*Pityriasis lichenoides chronica*); b) przypadek ciężkiej »Angina Plaut-Vincent«; c) wczesnych kilaków.

2. Kol. Mierzecki wygłasza referat poglądowy: „**Praktyka i teorja tzw. odczynu Biernackiego**“.

3. Kol. Kotiers przedstawia a) przypadek rozległej **odmiany kępków żółtych** (*Xantoma tuberosum*); b) przypadek **pęcherzycy złuszczającej** (*Pemphigus foliaceus*).

4. Kol. Salpeter przedstawia przypadek **łuszczycy brodawkowatej** (*Psoriasis verrucosa*).

36. Posiedzenie naukowe w dniu 20 marca 1924.

1. Kol. Kauczyński wygłasza pracę: »**Airol w terapji kiły**«.

37. Posiedzenie naukowe w dniu 8 maja 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia chorą a) z **liszajem pokrzywkowym** (*Lichen urticatus*); b) dziecko z olbrzymiemi wykwitami kiłowemi; c) chorą kiłową z osutką z grupy eksudatywnej.

38. Posiedzenie naukowe w dniu 22 maja 1924.

1. Kol. Goldschlag przedstawia chorą z **Angiokeratoma Mibellii**.

2. Kol. Andruszewski a) przypadek **Epidermomycosis discoides**, b) kiły w której zakażenie wyszło z migdałków.

3. Kol. Salpeter a) chorego z **twardziną skóry** (*sclerodermia*) leczonego wlewaniami dożylnemi glukozy; b) przypadek **Pemphigus pruriginosus** z dodatnią próbą jodową Jadassohna.

4. Kol. Lechowska przedstawia przypadek a) **liszaja płaskiego moczowego**; b) **Folliculitis exulcerans**.

39. Posiedzenie naukowe w dniu 4 czerwca 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek a) **Keratosis follicularis Morro-Brooke**.

2. Kol. Kauczyński a) **Erythema exsudativum vesiculosum**; b) **twardziny skóry**.

3. Kol. Andruszewski a) **rozległej twardziny skóry** b) **pęcherzycy bujającej**; c) **pęcherzycy zwykłej**.

4) Kol. Nadel a) **kiły podobnej do ospy**; b) chorego z rozległymi kilakami na twarzy; c) chorego z 6 objawami pierwotnemi.

40. Posiedzenie naukowe w dniu 26 czerwca 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia a) chorą z **owrzodzeniami dyfterytycznemi na częściach płciowych**; b) z **obustronnym półpaścem w 3 lata po zakażeniu kiłowem**.

2. Kol. Kauczyński przedstawia a) 2 przypadki **liszaja płaskiego czerwonego**; b) chorą z **pęcherzycą leczoną urotropiną** (dożylnie) i chininą.

3) Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **monorecydywy ze scleradenitis**; b) **liszaja płaskiego czerwonego** po miejscowem leczeniu terpentyną; c) **Framboesia syphilitica**; d) przypadki **kiły leczone stovarsolem**.

43. Posiedzenie naukowe w dniu 6 listopada 1924.

1. Kol. Leszczyński wspólnie z kol. Eplerem przedstawiają a) przypadek **Aspergillozy**; b) przedstawia przypadek **Lichen ruber, wyleczony naświetlaniem Nerw. sympathicus**; b) chorą z rozległym **naevus flammens**, nierównomiernym rozwojem; d) kończyn dolnych i **zębami Hutchinzonowemi**.

2. Kol. Andruszewski a) chłopca z rozległą **Dermatitis medicamentosa acuta**; b) przypadek rozległej **Lues gummosa**; c) chłopca ze świerzbiączką (*Prurigo*), leczonego autohemoterapją.

3. Kol. Mierzecki przypadek **Keratoma palmare hereditarium**.

4. Kol. Kauczyński przedstawia przypadek **raka na podłożu kilaka**.

5. Kol. Kostka: powierzchowne **kilaki skóry**.

6. Kol. Kotiers: **Papulae erosae partim diphteriticae inter digitos pedis**.

7. Kol. Nadel przedstawia chorego z **liszajowatemi guzkami**.

8. Kol. Andruszewski pokazuje chorego a) z **gruczolakiem łojowym**; b) **pęcherzycą bujającą**; c) z **trądzikiem** zlewającym się o niezwykłej rozległości.

41. Posiedzenie naukowe w dniu 16 października 1924.

1. Kol. Pr. Groër wygłasza odczyt: „**O kile dziecięcej, jej istocie i o walce z nią**“.

42. Posiedzenie naukowe z dnia 23 października 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) chorego z **promienicą wargi dolnej**; b) chorą z **Erythema diutinum elevatum**; c) chorego z **osutką kiłową plamisto-guzkową**, której rozmieszczenie przemawia za zakażeniem pozapłciowem; d) przypadek **słoniowaciny skóry prącia**.

2. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **Lichen ruber in eczematico**:

44. Posiedzenie naukowe w dniu 13 listopada 1924.

1. Kol. Biliński przedstawia chorego a) **Erythema exsudativum multiforme; b) Dermatitis acneiformis; c) Pityriasis licheuoides chronica.**

2. Kol. Mehrer wygłasza odczyt »**O przeroście stercza**«.

45. Posiedzenie naukowe w dniu 4 grudnia 1924.

1. Kol. Lechowska przedstawia przypadek **liszaja płaskiego**, leczonego naświetleniem rdzenia pacierzowego, poczem wystąpiły na kończynach pęcherze.

2. Kol. Sawicka przedstawia chorego z łuszczycą (*Psoriasis vulg.*) i **kiłą drugorzędną.**

3. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **Dermatitis herpetiformis Duhring; b) lupus erythematodes faciei; c) papulae framboesiformes.**

4. Kol. Kwiatkowski przedstawia przypadek: **Lupus vulgaris erythematoides Leloir.**

46. Posiedzenie naukowe w dniu 18 grudnia 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) chłopca z **granulosis rubra nasi**; b) dwa przypadki **erythema exsudativum multiforme**; c) przypadek **acrodermatitis Hallopeau.**

2. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorą z **lupus papillaris pedis cum** *lymphhangoitide tuberculosa et adenitide suppurativa.*

3. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **Sclerosis labii inferioris; b) ziarniniaka grzybiastego** (*Mycosis fungoides*).

Dr. Salpeter, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 10 marca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Smiechowski oraz Przewodniczący Sądu N. I. L. na pierwszej połowie posiedzenia.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu posiedzenia poprzedniego Przewodniczący Dr. Bączkiewicz poinformował obecnych o zamiarze założenia pisma o charakterze informacyjnym i naukowym przez grono osób, znajdujących się w kontakcie z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia. Pan radca Hilarowicz zwrócił się do Przewodniczącego z prośbą o umieszczenie w mającym powstać organie sprawozdania z posiedzenia Izby Naczelnej z dnia 25. I. 1925 r. Postanowiono sprawozdanie z wymienionego posiedzenia p. Hilarowiczowi przesłać.

W sprawie założenia Koła lekarzy Sejmu i Senatu Przewodniczący zwracał się do Senatora prof. Godlewskiego, który oświadczył, że próby w tym kierunku były już robione, lecz nie doprowadziły do pożądanego wyniku. Postanowiono w sprawie tej wystosować listy do wszystkich posłów i senatorów lekarzy.

W sprawie projektu nowelizacji art. 38 Ustawy o Izbach lekarskich oraz w sprawie projektu wniesienia do Ustawy o Izbach Lekarskich artykułu o przysiędze dla Sędziów Izb lekarskich uproszono doktorów Kozerskiego o przesłanie odpisu z projektu regulaminów Sądu N. I. L. artykułu o przysiędze oraz Smiechowskiego o zredagowanie projektu nowelizacji art. 38 Ustawy.

Otrzymano od Dr. Szerypo pismo z prośbą o zwolnienie ze stanowiska członka Zarządu N. I. L. Motywy przytoczone przez Dr. Szerypo uznano za wystarczające do zwolnienia go z wymienionego stanowiska. Na opróżnione po nim miejsce postanowiono powołać następnego z listy zastępców Dr. Ludwika Guranowskiego.

Od Izby Łódzkiej otrzymano sprawozdanie za rok 1924 w 3 egzemplarzach; dwa egzemplarze tego sprawozdania postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Nadto otrzymano od Izby Łódzkiej sprawozdanie Sądu i sprawozdanie kasowe, które załączono do aktów.

Od Izby Łódzkiej otrzymano zawiadomienie, że na zastępców członków Sądu N. I. L. powołano Dr. Wattena i Dr. Krakowskiego. Postanowiono zawiadomić o tym wyborze Sąd N. I. L.

Otrzymano od głównego Zarządu Związku Lekarzy P. P. 2 odpisy rozporządzeń Wojewody Łódzkiego w związku ze stanem bezkontraktowym lekarzy Województwa Łódzkiego z Kasami chorych. W rozporządzeniach tych Wojewoda Łódzki wydaje rozkaz lekarzom komunalnym pełnienia obowiązków w Kasach Chorych.

Postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o obronę lekarzy otrzymujących rozporządzenia, nie mające związku z ich stanem służbowym, a zatem gwałcące ich wolność osobistą wbrew Konstytucji Rzeczypospolitej.

Otrzymano od Izby Lubelskiej sprawozdanie za rok 1925 w 8 egzemplarzach. Postanowiono 2 egzemplarze tego sprawozdania przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Izby Krakowskiej sprawozdanie za rok 1924, sprawozdanie kasowe i spis lekarzy i protokół posiedzenia Rady Izby. Sprawozdanie i spis lekarzy postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Izby Poznańsko-Pomorskiej pismo w sprawie praktyki lekarzy specjalistów, w którem to piśmie Izba Poznańsko-Pomorska na podstawie opinji swego delegata utrzymuje, że Izba Naczelna w dniu 25. I. 1925 r. jednogłośnie orzekła, że godzi się w zupełności na zapatrywanie Izby Poznańsko-Pomorskiej co do treści art. 17 e Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. Artykuł ten Izba Poznańsko-Pomorska tłómaczy w ten sposób, że ograniczeniom w wykonywaniu praktyki lekarskiej nie podlega lekarz specjalista, powołany na konsylja lub do wykonywania specjalnych zabiegów lekarskich, a wykonywanie praktyki w stałych określonych terminach w kilku miejscowościach przez lekarza specjalistę sprzeciwia się etyce lekarskiej.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Poznańsko-Pomorskiej, że na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25. I. 1925 r. przyjęto jednogłośnie wniosek prof. Ciechanowskiego, że »sentyment Izby Naczelnej jest za poglądem Izby Poznańsko-Pomorskiej w wymienionej sprawie, ale artykuły Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej są obowiązujące«. Odnośny artykuł brzmi jak następuje:

»Ograniczeniom przy stałem wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

e) lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności«.

Artykuł ten Izba Lek. Poznańsko-Pomorska wyjaśnia w ten sposób, że ograniczeniom nie podlega tylko lekarz specjalista, powoływany na konsylja lub do wykonywania specjalnych zabiegów. Zarząd N. I. L. jest pod tym względem odmiennego zdania, gdyż konsylja i doraźne zabiegi zdaniem Zarządu N. I. L. nie są równoznaczne ze stałem wykonywaniem praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach.

Otrzymano od Izby Lwowskiej pismo w sprawie lekarzy zdrojowych, praktykujących w Krynicy, a przynależnych do Izby Lwowskiej. Izba Lwowska uchwaliła, ażeby lekarze ci połowę składek opłacali Izbie Lwowskiej, a połowę Izbie Krakowskiej. Izba Lwowska prosi o potwierdzenie tej uchwały.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Lwowskiej, że potwierdzenie przez Izbę Naczelną wymienionej uchwały byłoby niezgodne z art. 18 Ustawy. Z artykułu tego wynika, że wyznaczenie wysokości opłat należy do kompetencji tej Izby, w której lekarz praktykuje i Izba Naczelna na podstawie art. 18 niema prawa narzucać danej Izbie innych postanowień i przepisów.

W końcu wobec ostatecznego postanowienia Dr. Kozerskiego co do ustąpienia z Izby Naczelnej i Zarządu, Zarząd N. I. L. postanowił przesłać Dr. Kozerskiemu podziękowanie za jego działalność, pożyteczną dla Izby Naczelnej.

Wykłady uzupełniające dla lekarzy.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego organizuje wykłady dopełniające dla lekarzy pomiędzy 27 września i 15 października roku bieżącego. Wykłady zgłosili:

Doc. Bronowski: Podstawy naukowe balneoterapji i klimatoterapji.

Prof. Dzierzgowski: Zaopatrzenie w wodę i asenizacja miast.

Prof. Erbich: Stosowanie bronchoskopji w chorobach płuc.

Prof. Gluziński: Temat zastrzeżony.

Prof Grzywo-Dąbrowski: 1) Poronienia a kodeks karny. 2) Przestępstwa przeciwko moralności publicznej.

Prof. Konopacki: 1) Początkowe stadja rozwoju zarodka ludzkiego i tworzenie się błon płodowych. 2) Demonstracje. 2. Kultura tkanek (dr. J. Zwiebaum).

Prof. Kryński: Nowsze zabiegi operacyjne na narządach układu krwionośnego.

Prof. Krzyształowicz: Rozpoznawanie i leczenie kiły.

Prof. Leśniowski: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego. 2) Gruźlica narządu moczowo-płciowego.

Prof. Loth: 1) Wpływ wojny światowej na postęp w poglądach anatomicznych. 2) Nauka konstytucjonalizmu a morfologja.

Prof. J. Mazurkiewicz: Wczesny okres chorób psychicznych.

Prof. Michałowicz: Najnowsze zdobycze dietetyki niemowlęcia.

Prof. Modrakowski: Nowoczesny stan nauki o chorobach nerek.

Prof. Nitsch: O szczepionkach.

Prof. Noiszewski: Jaglica. Jaskra.

Prof. Orzechowski: 1) Zapalenie nagminne mózgu i pozostałości po niem. 2) Zdobycze neurologji ostatnich lat w zakresie djagnostyki i terapji. 3) Technika badania: semjotyka neurologiczna (z dr. Morawiecką). 4) Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Nakłucie podpotyliczne (z dr. Tyczką).

Prof. Pązkiewicz: Obecny stan nauki o nowotworach.

Prof. Radliński: 1) Współczesne podstawy chirurgji jamy opłucnej. 2) Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka i dwunastnicy. 3) Z chirurgji dróg żółciowych.

Prof. Venulet: Patogeneza cukrzycy.

Zapisy na wykłady trwają do 20. IX. r. b. Bliższych wiadomości udzielają i zapisy na wykłady przyjmują do 15. IX. Prof. A. Leśniowski: Warszawa, Widok 10, po 15. IX. prof. Orzechowski, Warszawa plac Napoleona 6.

† Dr. ZBIGNIEW PADEREWSKI.

Dnia 26 maja r. b, zmarł w Warszawie w 61 roku życia Zbigniew Paderewski, lekarz mało znany w piśmiennictwie lekarskiem, ale wysoko ceniony za swoją działalność zawodową i społeczną. Był to cichy, skromny pracownik, któremu żywot cały upłynął na pracy bez wytchnienia dla dobra Ojczyzny i bliźnich. A praca to była rozumna, celowa, wytrwała a przez to owocna, bez cienia osobistej ambicji i osobistej korzyści. Słusznie Go zaliczono do twórców dzisiejszej wolnej Polski, bo bez tych cichych pracowników, bez tych prawie »nieznanych żołnierzy«, których się »odkrywa« i dekoruje dopiero po śmierci, nie byłoby Polski.

Od wczesnej młodości — w szkole i w uniwersytecie — zaprawiał się do pracy nad szerzeniem oświaty, nad budzeniem ducha narodowego w swojem otoczeniu. Do końca życia wierny był tym ideałom młodości a działalność Jego w tym kierunku coraz szersze zataczała kręgi.

Paderewski skromnie rozpoczął swą »karjerę« życiową. Po chlubnem ukończeniu studjów lekarskich w Warszawie w r. 1890 i pogłębieniu tychże pod kierunkiem prof Baranowskiego w szpitalu Dziec. Jezus, osiadł w Rawie Mazowieckiej, jako lekarz wolno praktykujący a następnie lekarz szpitala Św. Ducha. W krótkim czasie zjednał sobie zaufanie chorych a nawet rozgłos w całej okolicy, bo był lekarzem niezwykłej miary: nie tylko leczył chorych ale nad nimi roztaczał troskliwą opiekę, a gdzie potrzeba, oświecał i prostował ich dusze. Stąd płynęło bezgraniczne zaufanie, jakiem darzyli Paderewskiego Jego pacjenci nieraz przez całe życie. Gdy Rawę opuścił, trafiali do Niego wszędzie, nie tylko po poradę lekarską ale w różnych dla siebie ważnych sprawach życiowych. W r. 1899 powołano Go na stanowisko lekarza naczelnego szpitala Towarzystwa hutniczo-górniczego Saturn w Czeladzi. Tu Paderewski miał szersze pole do swej działalności pod każdym względem. Zorganizował wzorowy szpital i wzorową pomoc lekarską dla robotników. Dotyczas wspomina się tu z czcią imię Paderewskiego. Ta Jego niezwykła popularność, choć był wrogiem demagogji i walk klasowych, sprawiła, iż olbrzymią większością głosów wybrano Go na posła do krótkotrwałej t. zw. Dumy państwowej i skierowała Go na drogę działalności politycznej.

Od r. 1907 zamieszkał w Warszawie i zaczął służyć naszemu miastu. Przez lat 4 był dyrektorem Instytutu Higjeny Dziecięcej im. Lonvala, od r. 1911 — 12 asystentem szpitala na ul. Złotej — asystentem nie zatwierdzonym przez Władzę z powodu »nieprawomyślności«. W okresie wojny piastował urząd kierownika wydziału zdrowia komitetu obywatelskiego, w r. 1916—17 był członkiem Rady naczelnej wydziału oświaty i przewodniczącym sekcji Opieki nad młodzieżą szkół średnich tegoż wydziału. W szkołach wykładał higjenę z niezwykłym talentem i pożytkiem dla młodzieży, którą kochał zawsze. W r. 1917 był ławnikiem pierwszego Magistratu m. Warszawy. Jednocześnie Paderewski brał czynny udział w życiu politycznem w stronnictwie demokratyczno-narodowem i przyczynił się niemało do tego, że społeczeństwo w zaborze rosyjskim zajęło właściwe stanowisko w stosunku do okupantów niemieckich. W r. 1918 był referentem do spraw lekarskich wydziału szpitalnictwa, następnie zastępcą naczelnika Wydziału a wreszcie inspektorem szpitali i zakładów opiekuńczych m. Warszawy. Patrzyliśmy na to, jak od pół roku, walcząc już prawie ze śmiercią nie opuszczał żadnego posiedzenia, nie zaniedbywał żadnej ważnej sprawy. Żywo interesował się niedawno założoną szkołą pielęgniarek Czerwonego Krzyża i kursami pielęgniarstwa dla Sióstr Miłosierdzia. Na parę godzin przed śmiercią cieszył się wiadomością o pomyślnym wyniku egzaminu na tych kursach. Na wszystkich stanowiskach, jakie zajmował, wykazywał cenne przymioty swego charakteru: zdrowy rozum, pracowitość posuniętą do fanatyzmu, bezstronność, subtelny takt życiowy, umiejętność obcowania z ludźmi, co Mu jednało powszechny szacunek i miłość ludzką.

Dobroczynny wpływ Paderewskiego w otoczenie sięgał bardzo głęboko i bardzo szeroko, bo była to czysta, prawa dusza, serce gołębie a orli polot myśli gdy chodziło o sprawy narodowe. A że Paderewski był lekarzem, więc stan nasz lekarski, w głębokim pogrążony żalu po tak bolesnej stracie, dumnym się jednak czuje, że posiadał w swem gronie takiego człowieka.

Niech lekką będzie Mu ziemia, którą tak ukochał i zlewał swym potem, niech nam rodzi takich, jak On, synów!

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

Osobiste.

Dr. Jan Bączkiewicz, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej odznaczony został krzyżem komandorskim orderu »Odrodzenia Polski«. Takież odznaczenie otrzymał dr. Józef Polak, zasłużony higjenista i działacz społeczny.

Na Redaktora Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej został powołany kol. Władysław Janowski. Kol. J. prosi o nadsyłanie pod jego adresem (Warszawa — Jerozolimska 15) artykułów oryginalnych oraz streszczeń poglądowych z bieżących kwestyj.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J. na rok 1925|26 obrano prof. dr. L. Marchlewskiego.

Dr. L. Dengel pierwszy asystent kliniki chirurgicznej U. J. powołanym został na prymarjusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Józefa w Łodzi.

Doc. Dr. Janiszewski naczelny lekarz miasta Krakowa po wysłużeniu przepisowych ilości lat służby przechodzi na własne żądanie w stan spoczynku.

Warszawa.

Na rok akad. 1925/26 wybrano na Dziekana Wydziału Lekarskiego Dr. Adama Czyżewicza, profesora zwycz. położnictwa i ginekologji, na Delegata Wydziału do Senatu Akadem. Dr. Romana Nitscha, prof. zwycz. mikrobiologji i serologji. Prorektorem został Dr. Franciszek Krzyształowicz, prof zwycz. chorób skórnych i wenerycznych; Prodziekanem Wydz. Lek. Dr. Franciszek Czubalski, prof. zwyczajny fizjologji.

Na delegatów Docentów do Rady Wydziału Lekar. wybrano na r. akad. 1925/26 Dr. Wacława Łapińskiego i Dr. Rafała Radziwiłłowicza.

Ministerstwo W. R. i Ośw. Publ. zatwierdziło uchwałę Rady Wydz. Lek., nadającą tytuł docenta w zakresie chirurgji szczegółowej Dr. Alfredowi Meissnerowi.

Wydział Lekarski nadał tytuł docenta Dr. Marcie Erlichównie, (w zakresie pedjatrji), Dr. B. Szerszyńskiemu i Dr. A. Wojciechowskiemu (w zakresie chirurgji) oraz Inż. St. Wisłouchowi (w zakresie botaniki lekarskiej).

Dnia 10 lipca odbyła się promocja na stopień Dr. Wszech Nauk Lekarskich następujących kolegów: Dobrowolskiego Wacława, lekarza naczeln. w szpitalu Pol. Cz. Krz., Dobrowolskiego Zdzisława, ordynatora oddziału otolaryngologicznego w Warsz. Szpit. dla dzieci, pułk. Gorczyckiego Władysława, zastępcy Szefa Depart. Sanit. M. S. W., pułk. Hubickiego Stefana, Kierow. Wojsk. Szkoły Sanitarnej, Luxenburga Józefa, ordynatora w szpitalu na Czystem, Szwajcera Jakóba, naczelnego lekarza w szpit. na Czystem i Zweigbauma Marka Maksymiljana, bibljotekarza Warszaw. Tow. Lek.

Wydział Lekarski powołał na katedrę w I. klinice chorób wewn. opróżnioną przez śmierć prof. Dr. K. Rzętkowskiego, zwyczajnego profesora tegoż przedmiotu w Uniwersytecie Jagiellońskim Dr. Witolda Orłowskiego.

Państwowy Instytut Farmaceutyczny wespół z Warszawskiem Towarzystwem Naukowem powziął zamiar przeprowadzenia badań nad radjoaktywnością poszczególnych polskich zdrojowisk mineralnych.

Przeprowadzenie badań powierzono kierownikowi pracowni radjologicznej przy Warsz. Tow. Nauk. drowi Ludwikowi Wertensteinowi.

Stacja higjeny zapobiegawczej. Rada miejska warszawska wyraziła zgodę na propozycję gen. dyr. służby zdrowia w sprawie utworzenia specjalnego okręgu sanitarnego miejskiego w Mokotowie p. n. »Stacji higjeny zapobiegawczej« pod warunkiem, że stacja ta pozostawać będzie pod kierunkiem miejskiego okręgowego lekarza sanitarnego, delegowanego przez magistrat w porozumieniu z państwową szkołą higjeny i że utworzona będzie komisja, złożona z naczelnika wydziału zdrowia magistratu, przedstawiciela gen. dyr. służby zdrowia, państwowej szkoły higjeny i fundacji Rockfellera.

Komisja uprawniona będzie do organizowania na terenie stacji pomocniczych instytucyj sanitarnych, min. zaś spraw wewnętrznych (gen. dyr. służby zdrowia) zwracać będzie gminie m. st. Warszawy z sum, uzyskanych od poszczególnych instytucyj, wszelkie wydatki, jakie zarząd miasta poczyni ewentualnie z własnych funduszów w związku z przeprowadzeniem organizacji stacji higjeny zapobiegawczej, lub instytucyj pomocniczych.

Rada miejska upoważniła na tej podstawie magistrat do przedsiębrania wszelkich kroków, niezbędnych do urządzenia stacji w Mokotowie na podstawie wymienionych warunków.

Nowe poradnie dla niemowląt i matek. W budżecie wydziału zdrowia publicznego przewidziany jest do dyspozycji magistratu warszawskiego kredyt w sumie zł. 30.000 na walkę ze śmiertelnością dzieci. Magistrat zdecydował wyznaczyć tę sumę na uruchomienie dwóch poradni dla niemowląt i matek ciężarnych na wzór dwóch istniejących.

Nowe poradnie mieścić się będą przy ul. Obożnej nr. 10 i Budowlanej nr. 14 (na Bródnie). Działalność ich polegać będzie na udzielaniu porad, rozdawnictwie lekarstw, mleka, broszur z dziedziny higjeny i t. p. Ponadto w poradniach tych zamierza wydział zdrowia publicznego zorganizować, po porozumieniu się z sekcją higjeny szkolnej, pomoc ambulatoryjną dla dziatwy szkolnej.

Podziękowania za leczenie w prasie codziennej. Pomimo wyraźnego zakazu ukazują się od czasu do czasu, w dziale reklam dzienników miejscowych, podziękowania »za niezwykle troskliwą opiekę i t. d.« Podziękowania te, umieszczane zazwyczaj w prasie najpoczytniejszej, winny spotkać się, ze względów łatwo zrozumiałych, z surowem potępieniem ze strony zdrowej opinji lekarskiej.

Zjazd Towarzystwa Eugenicznego. Na odbytym w Warszawie w lipcu Zjeździe delegatów Tow. Eugenicznego wygłoszono szereg odczytów: dr. L. Wernic »O eugenice i jej stosunku do medycyny i innych nauk«, minister Simon »O propagandzie eugeniki«, dr. Hlond »O walce z nierządem na Śląsku«, dr. Karwowski »O przepisach leczniczych dla lekarzy«, dr. Bieńkowski »Wykłady o wyborze zawodu«, ks. dr. Lęgowski »O udziale duchowieństwa w akcji eugenicznej«, dr. Jakimowicz »O funduszach i metodach zdobywania ich dla oddziałów«, mjr. Lipski »O propagandzie naukowej przez filmy«. Sprawozdanie z czynności oddziału warszawskiego odczytała sekretarka Towarzystwa dr. Marja Szczodrowska.

Do Zarządu Warszawskiego Wydziału Związku lekarzy rządowych weszli jako prezes dr. Wierzbowski, jako zastępca dr. Eberhardt, pozatem trzech członków: dr. Borawski, dr. Orzechowski, dr. Celarek.

Z kraju.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Ciechocinku zorganizował we wszystkich aptekach i składach aptecznych sprzedaż produktów leczniczych: szlamu, ługu i gazowanej solanki.

Instytut Bakterjologiczny w Służewcu. W kwietniu r. b. powstał w Służewcu pod Warszawą Instytut bakterjologiczny pod kierunkiem dra Stanisława Serkowskiego, b. profesora Uniwersytetu Warszawskiego. Instytut składa się z laboratorjum, sali operacyjnej oraz stajen (w nich kilkadziesiąt koni), boksów letnich i okólnika dla koni. Instytut wytwarza surowice i szczepionki weterynaryjne, pod stałą kontrolą urzędowego rzeczoznawcy.

Nowe sanatorjum w Zakopanem. Związek polskiego nauczycielstwa szkół powszechnych buduje w Zakopanem na Gubałówce sanatorjum, obliczone na 200 chorych. Otwarcie nastąpi w listopadzie r. b.

Ze świata.

Stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. W skład stałej delegacji Zjazdów lek. i przyr. polskich wchodzą: z Krakowa — prof. Ciechanowski, Janiszewski i Siedlecki; ze Lwowa — prof. Franke i Romer; z Poznania — prof. Gantkowski i Karwowski; z Warszawy — prof. Kryński, Loth i Br. Sawicki; z Wilna — prof. Dziewulski i Januszkiewicz. Następny XIII Zjazd ma się odbyć w Wilnie w roku 1929.

Lekarze polscy, którzy chcieliby wziąć udział w dorocznym Zjeździe chirurgów francuskich, mogą zapisywać się u sekretarza Tow. Chir. polskich dra Lewensterna, Warszawa, Wspólna 62.

Opłaty kuracyjne dla lekarzy i ich rodzin w Gdyni. Szerokie koła lekarskie, popierające rozwój Gdyni, jako uzdrowiska nadmorskiego, niemile zostały dotknięte uchwałą gminy m. Gdyni, postanawiającą pobierać od lekarzy i członków ich rodzin opłatę zdrojową w wysokości, oznaczonej dla wszystkich kuracjuszów. Zarządzenie to, niespotykane przez lekarzy polskich w żadnem innem uzdrowisku ani w kraju, ani nawet zagranicą, jest chyba wynikiem nieporozumienia, które dla dobra i rozwoju Gdyni oby jaknajprędzej zostało usunięte.

Członkowie Międzynarodowych Zjazdów Chirurgicznych proszeni są o przesyłanie należnych od nich a zaległych składek na ręce dra Lorthioir w Brukseli (Bruxelles), inaczej grozi im wykreślenie z listy członków.

Zmarli.

Ś. p. dr. Wacław Wojciechowski, zmarł w Warszawie, dnia 22 lipca r. b., w wieku lat 36.

Od redakcji.

Numer niniejszy wychodzi jako numer podwójny (34 i 35) za czas od 17—30 VIII. 1925.
